



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



Intervenção Psicomotora no Envelhecimento Patológico

Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de
Mestre em Reabilitação Psicomotora

Orientador: Professora Doutora Ana Cristina Guerreiro Espadinha

Presidente

Doutora Ana Paula Lebre dos Santos Branco Melo, Professora Auxiliar da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa

Vogais

Doutora Ana Cristina Guerreiro Espadinha, Professora Auxiliar da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa

Doutor Marco Paulo Maia Ferreira, Professor Auxiliar convidado da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa

Joana Raquel Santos Gonçalves

2016

*O caminho para a felicidade passa por fazer os outros felizes e marcar a
diferença por todos os sítios onde passamos*
Baden-Powell

Agradecimentos

Agradecer à Dra. Paula Agostinho, orientadora local, por toda a ajuda, dedicação e questões, que me ajudaram a crescer pessoal e profissionalmente e a defender e representar a minha profissão

Agradecer à Dra. Cristina Espadinha, orientadora FMH, pela ajuda dispensada no desenvolver deste trabalho.

Agradecer às minhas utentes, principalmente à utente Anabela, um grande desafio de motivação e reabilitação, por tudo aquilo que passamos e crescemos juntas e por tudo aquilo onde a pude ajudar.

Agradecer à colega estagiária de Psicologia do CPNSF pela amizade e pelo trabalho desenvolvido em parceria, uma vez que nos permitiu conhecer as duas realidades e juntas ajudar as utentes.

Aos profissionais de saúde do CPNSF pelo apoio e disponibilidade demonstrada desde o início deste estágio, um grande bem aja.

Agradecer aos meus pais Círia e Paulo, todo o apoio, ideias e motivação para nunca desistir e para acreditar na minha profissão e no trabalho que desenvolvia.

Agradecer ao Gustavo por toda a paciência, pelas questões que me colocava acerca das sessões, pelas ideias e ajuda.

Agradecer ao meu avô, onde quer que ele esteja, toda a força e proteção que me deu. É a ele que devo este ano de trabalho.

Às minhas colegas de mestrado, pelas conversas produtivas, pelas trocas de ideias e pelos testemunhos de trabalho, um grande obrigada

Lista de Abreviaturas

AVD – Atividades de vida diária

CPNSF – Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima

DA – Doença de Alzheimer

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DV – Doença Vascular

EGP – Exame Geronto Psicomotor

GOP – Grelha de Observação Psicomotora

GPS – Atividade de orientação para a realidade (utilizava a sigla GPS - Global Position Sistem como jogo de palavras pela associação da sigla à orientação)

IHSCJ – Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus

PNC – Perturbações Neurocognitivas

QV – Qualidade de vida

RACP – Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais

RPM – Reabilitação Psicomotora

TO – Terapia Ocupacional

WHO – World Health Organization

Resumo

O presente relatório descreve as atividades de estágio desenvolvidas no âmbito do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, da Faculdade de Motricidade Humana, realizado no Centro Psicogeriátrico de Nossa Senhora de Fátima. O estágio conta com sessões de observação, avaliação e intervenção psicomotora, na área da “saúde mental” e envelhecimento. O relatório está dividido em duas partes, uma de revisão de literatura acerca do contexto de estágio e posteriormente a parte prática do estágio, com dois estudos de caso, um individual e um de grupo. Para cada estudo de caso encontra-se descrito todo o processo de avaliação, estabelecimento de objetivos, intervenção psicomotora, resultados e respetiva análise crítica do processo. Foi utilizado o Exame GerontoPsicomotor e a Grelha de Observação Psicomotora para avaliar as 40 utentes. Na intervenção individual, com 3 utentes, foi possível constatar melhorias a nível psicomotor demonstrando a importância desta intervenção na população. Nos grupos, com 23 utentes, foi possível verificar a manutenção de capacidades das utentes, verificando-se a importância de estimulação sensorial nestas pessoas.

Palavras-chave: Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima, Idosos, Psicogeriatria, Saúde Mental, Envelhecimento, Estudo de caso, Alterações Psicomotoras, EGP, Gerontopsicomotricidade.

Abstract

This report describes the internship activities developed in the context of the master's degree in Reabilitação Psicomotora, Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, in Faculdade de Motricidade Humana, developed in Centro Psicogeriátrico de Nossa Senhora de Fátima. The internship includes psychomotor observation, assessment and intervention sessions in the “mental health” and aging domain. The report is divided in two parts, the first regarding a literature revision about the context of internship and afterwards the practice, including two case studies, an individual and a group. For each case study it is described the entire evaluation process, goals, psychomotor intervention, results and a critical analysis of the process. The instruments used to assess and plan the intervention were: Exame GerontoPsicomotor and a Checklist to observe the Psychomotor skills. Regarding the individual intervention it was possible to observe improvements at a psychomotor level in all 3 patients which demonstrates the importance of this intervention for the population. Regarding the 23 patients of the groups intervention it was possible to verify a maintenance of patient's abilities which proves the importance of sensorial stimulation for these patients.

Keywords: Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima, Elderly, psychogeriatrics, Mental Health, aging, case study, psychomotor changes, EGP, Psychomotor therapy of aging.

Índice Geral

Agradecimentos	iii
Lista de Abreviaturas	iv
Resumo	v
Abstract.....	v
Índice Geral.....	vii
Índice de Figuras	viii
Índice de Tabelas.....	ix
Introdução.....	1
Enquadramento da Prática Profissional.....	3
1 Envelhecimento.....	5
1.1 Alterações biológicas e fisiológicas	6
1.2 Alterações Sensoriais	7
1.3 Alterações Cognitivas	9
1.4 Alterações Socio afetivas.....	10
1.5 Alterações Psicomotoras	12
1.6 Institucionalização.....	17
2 Intervenção Psicomotora no Envelhecimento.....	17
2.1 Saúde Mental e Envelhecimento	20
2.1.1 <i>Doença de Alzheimer</i>	23
2.1.2 <i>Doença Vascular</i>	26
Realização da Prática Profissional	29
1 Enquadramento Institucional no CPNSF.....	31
1.1 Evolução Histórica, Missão e Valores.....	31
1.2 Organização Geral do CPNSF.....	32
1.3 Equipa técnica.....	32
1.4 Instalações e acessibilidade	33
1.5 Serviços prestados	34
1.6 Atividades semanais	35
1.7 Intervenção Psicomotora no CPNSF	36
1.7.1 <i>Contextos de intervenção</i>	38
1.7.2 <i>Avaliação das utentes</i>	39
1.7.3 <i>Procedimentos éticos</i>	41
1.8 Estudo de Caso Grupo	41
1.8.1 <i>Enquadramento das patologias</i>	42
1.8.2 <i>Avaliação Inicial</i>	44

1.8.3	<i>Perfil Psicomotor.</i>	46
1.8.4	<i>Fase de Intervenção Psicomotora.</i>	46
1.8.5	<i>Avaliação final.</i>	49
1.9	Estudo de Caso Individual	55
1.9.1	<i>Enquadramento da Patologia.</i>	56
1.9.2	<i>Avaliação Psicomotora Inicial.</i>	58
1.9.3	<i>Perfil Psicomotor.</i>	61
1.9.4	<i>Fase de Intervenção Psicomotora.</i>	62
1.9.5	<i>Avaliação Psicomotora Final.</i>	67
1.10	Outros Casos Acompanhados	74
1.11	Mariana	74
1.12	Isidra	74
1.13	Grupos de Estimulação	74
1.14	Outras atividades desenvolvidas no CPNSF	76
2	Projeto: Implementação do serviço de intervenção psicomotora no CPNSF	78
2.1	Pertinência do Projeto	78
2.2	Objetivo do Projeto	79
2.3	Organização do Projeto	79
2.4	Estratégias globais de intervenção	80
2.5	Implementação e resultados do projeto	81
	Conclusão	83
	Bibliografia	86
	Anexos	93
	Anexo A – Horas laborais desenvolvidas no estágio	95
	Anexo B – Plano de objetivos psicomotores do Estudo de caso de grupo	96
	Anexo C – Exemplo de Relatório de Sessão de grupo	97
	Anexo D – Grelha de Observação Psicomotora	98
	Anexo E – Exemplo de um Plano de Intervenção Psicomotora Individual	99
	Anexo F – Exemplo de Planeamento de uma Sessão Individual	100
	Anexo G – Consentimento informado	101
	Anexo H – Relatório GerontoPsicomotor	102
	Anexo I – Anamnese utente Anabela	115

Índice de Figuras

Figura 1– Organigrama das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus no CPNSF (adaptado de Regulamento Funcional Interno - IHSCJ, 2012)	33
Figura 2 – Sala de estar 1.º andar	38
Figura 3 – Sala de estar do 2.º andar	38

Figura 4 – Sala de Reuniões	38
Figura 5 – Avaliação utente Carlota	49
Figura 6 – Avaliação utente Josefina.....	50
Figura 7 – Avaliação utente Maria	51
Figura 8 – Avaliação utente Virgínia	51
Figura 9 – Avaliação utente Lucinda	52
Figura 10 – Avaliação do grupo de intervenção	53
Figura 11 – Perfil Psicomotor da utente Anabela (avaliação inicial)	61
Figura 12 – Perfil Psicomotor da utente Anabela	69

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Identificação das instalações, por andar	34
Tabela 2 – Serviços Prestados (adaptado de Regulamento Funcional Interno – IHSCJ, 2012) ..	35
Tabela 3 – Atividades semanais do CPNSF.....	36
Tabela 4 – Horário realizado de outubro a janeiro	37
Tabela 5 – Horário realizado de fevereiro a junho	37
Tabela 6 – Caraterização do grupo	41
Tabela 7 – Perfil psicomotor das utentes do grupo	46
Tabela 8 – Resultados dos instrumentos aplicados (avaliação inicial)	61
Tabela 9 – Áreas fortes e menos fortes da utente.....	62
Tabela 10 – Objetivos da intervenção por ordem cronológica	66
Tabela 11 – Resultados dos instrumentos aplicados (avaliação final)	70
Tabela 12 – Áreas fortes e menos fortes da utente (avaliação final)	70
Tabela 13 – Objetivos gerais e recursos materiais por tipo de sessão proposta	80

Introdução

O presente relatório surge no âmbito da escolha do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, inserido no 2.º ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana, pertencente à Universidade de Lisboa.

Os objetivos gerais deste estágio passam pela estimulação do domínio do conhecimento aprofundado na área da Reabilitação Psicomotora (dirigida às pessoas com situações de deficiência, perturbações e distúrbios), nas duas vertentes, uma mais científica e outra mais metodológica, promovendo a competência no aluno de reflexão multidisciplinar (Martins, Simões e Brandão, 2014). Além disso visa desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diversos contextos e domínios de intervenção na área. Por fim, permite desenvolver a capacidade de prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área (Martins, et. al, 2014). Para além destes, o RACP apresenta um objetivo específico, nomeadamente proporcionar aprendizagem e treino especificamente direcionados para o exercício da atividade profissional e facilitar a inserção do mestrando no mercado de trabalho, através do ganho de competências no domínio da intervenção psicomotora, da relação com outros profissionais e da relação com a comunidade.

Este estágio teve lugar no Centro Psicogeriátrico de Nossa Senhora de Fátima, integrado no instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus. Este presta cuidados especializados de saúde a utentes do género feminino, no âmbito psicogeriátrico, para melhorar o nível físico, psíquico, social, espiritual e emocional das utentes (IHSCJ, 2014). As valências no CPNSF atualmente são: unidades de internamento e o ambulatório (IHSCJ, 2012).

Neste relatório surge inicialmente uma breve revisão de literatura acerca do envelhecimento normal e patológico, tendo em conta as diversas alterações, nomeadamente as alterações psicomotoras. É descrito algumas alterações que ocorrem no envelhecimento patológico, sobretudo no processo demencial e de que maneira a intervenção psicomotora pode ajudar. Surge ainda neste capítulo algumas noções de institucionalização que poderão ajudar na explicação de algumas características.

Posteriormente, surge um capítulo dedicado à intervenção psicomotora onde é feita uma breve explicação do termo e de que maneira esta pode estar associada à prática, sobretudo em questões de envelhecimento patológico.

Numa segunda parte, surge a prática profissional onde é apresentada a instituição em questão e o decorrer do estágio realizado. São explicados os estudos de caso e todo o processo de intervenção inerente a este. Inicialmente um estudo de caso em grupo e posteriormente um individual. Posteriormente são confrontados os resultados obtidos com a intervenção e com a literatura, refletindo todo o processo de intervenção.

O estágio não se resumiu a um grupo e a um estudo-caso individual e por isso são descritos os restantes grupos de estimulação e utentes, de forma breve bem como todas as atividades em que participei ao longo do estágio.

Uma vez que não existia o serviço de intervenção psicomotora no centro, houve a necessidade de o implementar. Por isso, está descrito todo o projeto de implementação do mesmo, onde se especifica a uma pertinência deste, os objetivos e todo o trabalho desenvolvido, desde as avaliações à intervenção.

Finalmente surgem as conclusões e reflexões de todo o trabalho desenvolvido em contexto de estágio.

Enquadramento da Prática Profissional

1 Envelhecimento

É fundamental compreender de forma adequada o processo de envelhecimento, desde o normal ao patológico, sendo dada mais importância às alterações psicomotoras. Conhecer as características e processos é importantes para adaptar e promover uma melhor intervenção psicomotora aos utentes, também descrito neste capítulo. Quando o processo de envelhecimento se altera e começam a existir contribuições do meio, surgem por vezes patologias associadas ao idoso que alteram a sua qualidade de vida. Por fim, é de referir que tem existido ao longo dos últimos anos, uma evolução em vários conceitos na área da saúde que serão referidos neste capítulo.

O conceito envelhecimento tem sofrido alterações ao longo dos anos, acerca da sua definição. Muitas são as teorias e conceitos apresentados na literatura. Contudo, é importante perceber em que consiste, o que acontece ao nível de Portugal e quais as alterações que o envelhecimento vem trazer à população.

Envelhecimento normal define-se então como um processo contínuo, do nascimento até à morte de todos os indivíduos (Balcombe e Sinclair, 2001). Estes autores referem que este se trata de alterações constantes e progressivas que ocorrem nas células, nos tecidos e nos órgãos de cada indivíduo. É um processo fisiológico natural resultante da interação de múltiplos fatores endógenos e exógenos, que caracterizam a resposta biológica adaptativa de cada um (Oliveira et al., 2010). Sabe-se ainda que há uma grande variabilidade no desempenho do indivíduo, sobretudo na população idosa (Berr, Balard, Blain e Robine, 2012). As respostas às alterações não são homogêneas nesta população e devido à interação da componente genética, à influência de fatores físicos, psíquicos e sociais, o envelhecimento em cada indivíduo ocorre de diferentes maneiras e com ritmos diferentes (Oliveira et al., 2010).

Este processo é acompanhado por uma deterioração das funções fisiológicas que poderão vir a ter consequências clinicamente significativas, deixando de ser considerado envelhecimento normal (Berr, et al., 2012). O **envelhecimento patológico** relaciona-se com o aparecimento de determinadas doenças que não são características de um envelhecimento dito normal (Hammerschmidt, Zagonel e Lenardt, 2007; Fachine e Trompieri, 2012). Este tipo de patologias pode gerar uma diminuição na funcionalidade e por consequente, a diminuição da sua qualidade de vida (Souza, Skubs e Brêtas, 2007). Os fatores ambientais são muito importantes, uma vez que são determinantes para o aparecimento ou evolução de uma doença (Fachine e Trompieri, 2012).

O envelhecimento é um conceito caracterizado também por questões demográficas. Como se sabe o envelhecimento aparece logo após a maturação do processo evolutivo. Em termos estatísticos, apenas são contempladas na faixa idosa, as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos (Cancela, 2007; Fehine e Trompieri, 2012).

Tendo como base os dados do Instituto Nacional de Estatística (2014), a população idosa portuguesa representa cerca de 19.9% da população total.

O envelhecimento demográfico vem colocar grandes desafios à sociedade, uma vez que esta estava preparada para um número de idosos inferiores ao que atualmente há (Lopes e Lemos, 2012). Segundo as mesmas autoras, também é marcado pela constante procura de uma melhor qualidade de vida, quer na área social, quer na área da saúde. O crescente aumento de população idosa advém dos progressos na medicina, bem como das condições socioeconómicas existentes, que acabam por justificar o aumento da esperança média de vida, levando a grandes preocupações sobre a qualidade de vida destas pessoas (Coutinho et al., 2009 cit in Santos, Santos, Santos e Duarte, 2013).

O envelhecimento vem trazer uma série de alterações à vida do geronte, ao nível físico, biológico, sensorial, cognitivo, psicomotor e social que podem influenciar negativamente a vida e a qualidade de vida do mesmo.

1.1 Alterações biológicas e fisiológicas

As alterações biológicas começam a ser visíveis com o avançar da idade. Netto (2004) afirma que a pele vai ficando mais pálida e os cabelos enfraquecem e caem mais depressa. Devido às alterações músculo-esqueléticas, os gerontes apresentam mais dificuldades posturais, sendo mais notória a curvatura torácica e lombar.

Ao nível fisiológico, ocorre uma série de alterações no corpo de cada um, i.e., o corpo não consegue manter um equilíbrio no organismo, sendo afetados os sistemas cardiovascular, respiratório, endócrino, funções vesicais e intestinais, músculo-esquelético, cutâneo, renal e neurológico, entre outros (Martins, 2003).

Ao nível músculo-esquelético, devido às alterações cutâneas, surgem alterações na locomoção da pessoa. Associado a estas alterações, também ao nível das cartilagens surge uma menor amplitude dos movimentos, o que também vai ajudar a deteriorar a capacidade de locomoção da pessoa (Ribeiro, Alves e Meira, 2009). O endurecimento das articulações vai contribuir para que os movimentos de extensão não sejam bem feitos, afetando o equilíbrio e a marcha (Netto, 2004). Contudo, estas alterações dependem do estilo de vida que o indivíduo tem (Cancela, 2007).

Ao nível respiratório e cardiovascular, há uma diminuição da capacidade de mobilização do ar, entre o interior e o exterior do organismo, um aumento da quantidade de ar retido nos pulmões depois de uma expiração, bem como a diminuição da frequência cardíaca máxima (Cancela, 2007).

Além destas alterações surge ainda uma diminuição da tolerância à glicose e a diminuição do fluxo sanguíneo para os rins, fígado e cérebro que podem causar alterações nos sistemas (Cancela, 2007).

Quando os gerontes entram num processo demencial, as alterações podem ser diferentes. As células vão apresentar-se mais vulneráveis e por isso vai ocorrer um défice no metabolismo das proteínas (Aarsland e Ballard, 2004).

Segundo um estudo realizado por Warchol-Celinska e colaboradores (2015), os gerontes com Alzheimer apresentam valores de pressão sistólica e diastólica inferiores aos restantes gerontes. Além disso, neste estudo também concluíram que estes gerontes apresentam menos risco de vir a ter uma doença cardiovascular.

Quanto ao fluxo sanguíneo, há uma redução do mesmo, nas regiões temporais e temporoparietais, quer na doença de Alzheimer, quer noutras demências como é o caso da Vascular (Damasceno, 1999).

Outra das alterações que pode ocorrer, numa fase mais terminal da doença de Alzheimer, é a incapacidade de deglutição e a incontinência (Alzheimer's Disease Education e Referral Center - National Institute on Aging, 2006; Bottino et al., 2002) devido não só aos músculos, mas também ao funcionamento dos órgãos.

1.2 Alterações Sensoriais

O sistema sensorial vai perdendo capacidades, com o passar dos anos (Schumm et al., 2009). A diminuição das capacidades sensoriais é causada pelo processo de envelhecimento, afetando a atividade psicomotora do indivíduo (Juhel, 2010). Há uma diminuição da quantidade de receptores (Albaret e Aubert, 2001) o que provoca uma diminuição de informação vinda do exterior aos órgãos sensoriais, e, consequentemente, há uma diminuição do processamento de informação.

No que toca à **visão**, estas informações sensoriais são muito importantes para os indivíduos, nomeadamente para a sua deslocação ou ainda para perceberem a distância entre objetos. A visão permite detetar a cor, a profundidade, a distância e o espaço. Além disso é importante para a memória visual, imprescindível no quotidiano (Juhel, 2010).

Para Juhel (2010) com o processo de envelhecimento normal, algumas alterações vão ocorrer, nomeadamente uma diminuição da acuidade visual central e periférica e diminuição do campo de visão (amplitude e profundidade). O geronte começa a ter dificuldades na perceção da visão dinâmica reportando para a visão estática, i.e., mesmo que algo esteja em movimento, o geronte vê estático (Juhel, 2010). Outras alterações que ocorrem são a diminuição da sensibilidade para a discriminação de cores e a dificuldade em diferenciar contrastes (Juhel, 2010). Aubert e Albaret (2001), ainda acrescentam a diminuição da sensibilidade, dificultando a adaptação a diferentes luminosidades. Por fim, vai ocorrer uma diminuição na capacidade de focar os objetos, existindo uma perda gradual da capacidade de ver com precisão os objetos que se encontrem perto (Aubert e Albaret, 2001). Estas falhas que vão ocorrendo ao longo do tempo vão fazer com que, por exemplo, o padrão de marcha seja alterado (Barreiros, 2006).

Ao nível da **audição**, como se sabe, é um órgão de extrema sensibilidade. Com as alterações fisiológicas que vão existindo ao longo do processo de envelhecimento vão afetar o aparelho auditivo, quer na discriminação dos sons, quer na intensidade em que ouvem o som (Juhel, 2010). Os gerontes vão ter mais dificuldade em ouvir os sons do seu quotidiano (e.g. telefone) e vão começar a apresentar dificuldades na discriminação das letras com sons parecidos. Estas alterações vão provocar modificações na comunicação e, consequentemente, problemas de isolamento social (Juhel, 2010).

A informação **táctil** também sofre uma redução (Barreiros, 2006). Ao nível somato sensorial, vai haver uma redução táctil-discriminatória, uma vez que os gerontes perdem a sensibilidade na ponta dos dedos (Juhel, 2010).

Os três sentidos referidos acima, são os mais afetados com o processo de envelhecimento. Porém, o olfato e o sentido gustativo, também são afetados (Lamas e Paúl, 2013). No caso do **olfato**, esta perda ocorre devido à diminuição de recetores (Saraiva, 2011). O olfato é muito importante para a nutrição da pessoa idosa, uma vez que acaba por ser um estímulo à alimentação, mas também ajuda a que o indivíduo não perca o gosto e o interesse pela comida (Boyce e Shone, 2006). Este pode levar a algumas situações de perigo como a falta de perceção do cheiro a gás, ou de fumo, ou ainda comida estragada (Saraiva, 2011).

No que toca ao **paladar**, este vai sofrendo alterações com o envelhecimento, devido à diminuição do número de recetores sensoriais e da capacidade do cérebro para interpretar as informações que chegam (Seeley, Stephens e Tate, 2003).

A qualidade de vida dos idosos é posta em risco com as alterações provenientes do envelhecimento no sistema sensorial (Lamas e Paúl, 2013).

Quando existe alguma patologia associada ao processo de envelhecimento, podem ser notórias algumas diferenças, como por exemplo no caso da Doença de Alzheimer. Na visão, estes gerontes podem perder a capacidade de entender imagens e começam a demonstrar alguma dificuldade quanto à profundidade dos objetos (National Institute on Aging, 2011). No caso do olfato, este é especialmente vulnerável nos gerontes com Alzheimer, uma vez que começam a apresentar dificuldade em reconhecer o cheiro, logo desde o início do processo demencial (Mesholam et al., 1998; Murphy, 1999). Já no caso da audição, os idosos com Alzheimer não apresentam quaisquer alterações (Gilbert e Murphy, 2004), mas não quer dizer que não surjam dificuldades em interpretar aquilo que ouvem (National Institute on Aging, 2011).

Segundo Nunes (2009), o declínio das funções cognitivas está associada às alterações sensoriais, e, além disso, estas alterações sensoriais como são diferentes de indivíduo para indivíduo vêm explicar o porquê das alterações cognitivas não ocorrerem todas ao mesmo tempo.

Muitas das alterações sensoriais e cognitivas que ocorrem, dependem sobretudo das alterações na pele, músculos e nervo vestibulococlear (Albaret e Aubert, 2001).

1.3 Alterações Cognitivas

Com o passar dos anos vão ocorrendo diminuições nas **capacidades cognitivas**, sobretudo na memória, atenção, percepção, orientação e tempo de reação (Jiménez e García, 2011). Estudos feitos demonstram que o tempo de reação do indivíduo a um estímulo vai diminuindo com a idade (Juhel, 2010; Nunes, 2009). Além disso, e consequentemente, vai haver uma diminuição da velocidade de executar uma ação (Nunes, 2009). Acentua-se a dificuldade na função de concentração e na de execução (Juhel, 2010).

A atenção diminui com a idade, aumentando a dificuldade em distinguir certos estímulos numa sequência, na capacidade de manter a atenção focada numa determinada tarefa ou em diferentes tarefas (Chiviakowski, Godinho, Melo e Mendes, 2006).

Outra evidência é a perda da *memória*, como por exemplo, esquecer uma palavra ou um nome, esquecer onde colocam os objetos, esquecer o que foi dito recentemente, repetir tarefas que já tinham sido realizadas (Chiviakowski, et. al, 2006). Segundo Nunes (2009), há uma clara evidência que a idade influencia a memória, nomeadamente nos

processos mais executivos, e não tanto na informação já armazenada, ou seja, é afetada sobretudo a memória de curto prazo.

Devido às alterações do córtex com o envelhecimento que comprometem a memória de trabalho, vão fazer com que o geronte apresente uma baixa capacidade de aprender novos conhecimentos (Juhel, 2010). Pereira (2004) acrescenta que os processos de aprendizagem nestas idades tornam-se mais lentos.

Segundo Neto, Tamelini e Forlenza (2005), a memória, na doença de Alzheimer, é afetada em maior escala do que no processo normal de envelhecimento.

Uma demência é caracterizada por alterações cognitivas que levam ao défice cognitivo. Quando um geronte apresenta um processo demencial tipo Alzheimer, existe uma maior disfunção ao nível da execução de tarefas, que o normal, sobretudo no início do processo demencial (Marshall et al., 2011). Com o evoluir da demência, acabam por ter muita dificuldade em manter uma conversa coerente, uma vez que perdem o significado das palavras, utilizando muitas vezes a mímica, tornando a expressão não-verbal fundamental para estes gerontes (Juhel, 2010).

A cognição está também associada ao processo de linguagem. Os processos demenciais, como é o caso do Alzheimer, começam a apresentar, numa fase mais inicial, problemas semânticos e lexicais, devido à afasia apresentada (Bayles e Kaszniak, 1987). No caso da Demência Vascular, estes gerontes apresentam dificuldades na fluência de um discurso e começam a diminuir a complexidade gramatical (Chui et al., 2000).

1.4 Alterações Socio afetivas

Além de todas estas alterações que ocorrem devido a processos físicos e internos do ser humano, também as emoções e os sentimentos vão provocando alterações nos indivíduos.

O envelhecimento é um processo marcado por desgaste, limitações, perdas físicas e alteração dos **papéis sociais** (Menezes, Lopes e Azevedo, 2009). Muitas pessoas acabam por ter atitudes negativas face ao processo de envelhecimento, devido aos estereótipos negativos associados. Têm menos qualidade de vida por se isolar (Jiménez e García, 2011). Cada indivíduo reage de uma maneira distinta e, face às alterações por consequência do envelhecimento, pode ou não levar ao isolamento (Costa, Miguel e Pimenta, 2007; Juhel, 2010). Assim, com o passar dos anos, os gerontes vão cada vez menos participando em atividades de carácter social, consequência de se sentirem inúteis e de se desvalorizarem (Costa, et al., 2007). Gallauhe e Ozmun (2005) acrescentam ainda

os sentimentos de tédio, atitudes e comportamentos depressivos, perturbações relativas ao autoconceito e imagem corporal podem surgir neste processo.

Contudo, ainda há quem tenha atitudes mais positivas em relação ao processo do envelhecimento, descobrindo novas coisas para fazer de modo a conservar as suas capacidades e continuar socialmente “ativo” (Jiménez e García, 2011).

O plano **afetivo** poderá influenciar as relações sociais, e por essa razão, manter os amigos é muito importante (Juhel, 2010). O autor refere que o brincar com os seus netos e dedicarem-lhes mais tempo é fundamental. Relacionar-se com o outro é importante para manter um bem-estar físico e psicológico nos gerontes (Street, 2007). O facto de manter as relações sociais ativas com os amigos da sua geração confere-lhes maior funcionalidade afetiva (Caldas, 2003; Charles e Carstensen, 2009).

Charles e Carstensen (2009) referem a importância da conservação das relações sociais que o geronte tem com o cônjuge, familiares, amigos, entre outros, visto ser fundamental para o bem-estar psicológico. Nos gerontes é fundamental a qualidade da relação e não a quantidade de relações (Charles e Carstensen, 2009). Além dos amigos, a família também é um apoio fundamental. O geronte ao conviver com os seus familiares, dando-lhes apoio por exemplo, irá reduzir as situações de isolamento, melhorando a sua QV (Caldas, 2003).

Martín (2007) refere que é importante promover os níveis de autonomia pessoal e o sentimento de que pertencem a uma sociedade, evitando o afastamento social, diminuindo a dependência que estes indivíduos acabam por formar com a própria família e dependência social. Como? Com a adaptação aos novos papéis sociais e novas funções a desempenhar na sociedade (Martín, 2007).

No plano afetivo, quando deixa de existir um envelhecimento normal e passa a haver um envelhecimento marcado por uma patologia, como é o caso do Alzheimer, a pessoa não consegue controlar as emoções, ora está muito bem e participa em atividades e conversas, ora está apática (Hilion, 2015). Além disso, surgem muitas alterações de ansiedade que, devido aos problemas cognitivos, não a conseguem combater, levando a um isolamento e depressão, mais rápidos que o normal (Juhel, 2010). Isto não só aparece no Alzheimer, como nas várias demências, num estágio mais inicial, em que surgem alterações de humor, podendo chegar a reagir com raiva ou agressividade instantaneamente (World Health Organization [WHO], 2012).

Segunda o ICD-10, ao nível social e devido às alterações cognitivas que uma demência acarreta, vai existir uma deterioração do controlo das emoções, do comportamento social e da motivação do indivíduo, perante o meio envolvente (WHO, 2015). Acrescenta-se ainda que, em estados mais avançados da demência pode gerar comportamentos inadequados como a agressividade e a apatia (Hilion, 2015), quer em casa, quer na comunidade (WHO, 2015).

1.5 Alterações Psicomotoras

Ao longo do envelhecimento e tendo em conta as várias alterações que ocorrem, vão gerar-se alterações psicomotoras. Segundo Fonseca (1985) existe um **modelo de organização psicomotora**, composto pelos sete fatores psicomotores: tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção corporal, organização espaço-temporal, motricidade fina e motricidade global.

Para Fonseca (1985) desde o nascimento, os sete fatores psicomotores sofrem uma organização ascendente de complexidade, desde a tonicidade à praxia fina, e a organização de um fator depende dos fatores anteriores (e.g. a equilíbrio depende da tonicidade). Segundo este autor, o envelhecimento está associado a uma “desorganização descendente”, começando pela praxia fina até à tonicidade (Fonseca, 2001a).

Como já se verificou, existe uma redução de sinapses, ou seja, vão existir alterações neuromotoras, com a redução da capacidade de tratar informação, diminuição da capacidade atencional, bem como na programação de resposta motora. Contudo, o impacto no funcionamento psicomotor é específico para cada pessoa e depende da tarefa em causa (Aubert e Albaret, 2001).

Com o processo de envelhecimento e devido à interação de diversos fatores, vão ocorrer alterações que comprometem a atividade psicomotora do geronte.

Segundo Jiménez e García (2011) o processo de envelhecimento vai desencadear uma degeneração e desorganização ao nível da *praxia fina* e das habilidades preceptivo motoras, que englobam a *organização espacial e temporal*, o *equilíbrio* e a *tonicidade*. Ainda pode surgir uma desestruturação do *esquema corporal*, bem como uma dificuldade em reconhecer o seu próprio corpo (*imagem corporal*). Por fim, surgem ainda algumas dificuldades mais ao nível da *motricidade global* como a coordenação, resistência, flexibilidade, entre outras.

No que toca à *tonicidade* (tensão dos músculos envolvidos na atividade motora, ou não, Dain, 2011), esta vai sofrendo alterações ao longo do processo de envelhecimento,

sendo que podem vir a aparecer movimentos descontrolados, bruscos e descoordenados, quer a nível proximal, quer distal (Fonseca, 2001a).

O que muitas vezes acontece nos gerontes é uma rigidez paratónica¹ ao nível dos membros (Fonseca, 2001a) e hipertensão nos músculos, associada a alterações dos mecanismos internos, sendo mais visível no rosto e aparecimento de sincínias.

Ao nível do *equilíbrio*, e uma vez que os vários sistemas musculares, as articulações, a visão, o sistema nervoso e os processos cognitivos vão sofrer alterações ao longo do envelhecimento, todos juntos vão comprometer o equilíbrio do geronte (Guitard, Basse e Albaret, 2005). Todo o tipo de informação que permitia ao indivíduo equilibrar-se e manter a postura, como é o caso da visão, das informações somatosensoriais, vão estar comprometidas com o aumento da idade, uma vez que se vai tornar mais difícil a adaptação à luminosidade e os pés vão deixar de ter tanta sensibilidade (Guitard et. al, 2005). Este vai afetar a marcha e a mobilidade/autonomia do geronte.

Marsh e Geel (2000) referem que, é mais fácil os gerontes perderem o equilíbrio quando estão a fazer duas coisas ao mesmo tempo, e.g, andar e ver uma montra de uma loja.

Com o avançar da idade, vão ser notórias alterações no *equilíbrio estático* do indivíduo, i.e., na capacidade de controlar oscilações posturais quando o corpo está parado na vertical, principalmente no apoio unipodal (Aubert e Albaret, 2001), facto também devido à visão. Contudo, se os gerontes estiverem mais atentos no processo de estabilização, conseguem um bom equilíbrio postural (Stelmach, Zelaznik e Lowe, 1990).

Já no *equilíbrio dinâmico*, com o aumentar da idade, este vai-se perdendo, e uma das causas pode ser a força muscular ou dificuldades no processamento de informação, aumentando assim a probabilidade de quedas (Aubert e Albaret, 2001; Barreiros, 2006). Ocorre uma diminuição da coordenação na marcha, com o aumento da idade (Aubert e Albaret, 2001).

Todas estas alterações de equilíbrio vão levar a que haja alterações na locomoção dos gerontes. Aubert e Albaret (2001) referem que são notórias alterações na marcha, consoante o aumento da idade. Isto pode dever-se a uma patologia, ao nível visual, proprioceptivo, muscular ou outro, ou efeitos secundários da medicação. Acrescentam que estas alterações vão ocorrer tendo em conta as funções neurológicas de cada um.

¹ Oposição à movimentação passiva

Quando o envelhecimento deixa de ser normal e passa a um processo patológico, como é o caso da doença de Alzheimer, as quedas são três vezes mais frequentes, comparadas com a frequência no processo normal de envelhecimento, uma vez que apresentam alterações ao nível frontal, responsável pelas funções executivas e atencionais, importantes no processo de equilíbrio (Imamura et al., 2000).

Com o avançar da doença de Alzheimer, é possível verificar alterações mais significativas, quer nos padrões de marcha, quer no equilíbrio estático e dinâmico (Rodríguez, 2002). Além disso, Aubert e Albaret (2001) acrescentam que podem vir a surgir comportamentos motores anormais, como a deambulação.

O *esquema corporal* pode ser definido como a consciência do seu corpo, das partes que o constituem e dos possíveis movimentos que cada segmento faz (Pereira et al., 2010), enquanto a *imagem corporal* se define como a imagem mental que se tem do corpo.

Ao nível da imagem corporal, esta vai-se alterando ao longo dos anos (Juhel, 2010). Este autor dá como exemplos possíveis desvios na coluna vertebral que vão aparecendo (o que faz com que o corpo pareça mais pequeno) e o aumento da massa gorda nas ancas, por exemplo.

Ligado a isto, está a autoestima de cada um. É por isso que a autoestima e a perceção que cada indivíduo tem do seu corpo afetam positiva ou negativamente a sua imagem corporal (Juhel, 2010). Devido às alterações que ocorrem no corpo, ao nível da estatura, físicos, entre outros, vão consequentemente contribuir para que a noção que o geronte tem do seu esquema corporal, se altere (Juhel, 2010).

Além disso, com o avançar da idade, as pessoas apresentam mais dificuldade em reconhecer e perceber a posição dos seus membros e maior dificuldade em identificar os seus movimentos ativos e passivos (Shephard, 1997).

Muitas vezes, devido a uma lesão cerebral ou ao aparecimento de uma demência como a DA, os gerontes começam a ter dificuldade em representar o seu corpo mentalmente, i.e., a terem presente a sua imagem corporal (Juhel, 2010). Os gerontes que estão num processo demencial vão formar uma imagem corporal distorcida, tendo dificuldade em nomear as partes do seu corpo ou de localizá-las no espaço (Rodríguez, 2002). O autor afirma que surge ainda, de maneira mais acentuada, a dificuldade em identificar partes do corpo no outro ou do seu próprio corpo em frente a um espelho.

Quando se fala de *organização espacial*, refere-se à noção de localização do nosso corpo face a um espaço e também à localização das restantes pessoas, se estão à frente,

atrás ou aos lados (Juhel, 2010). O autor refere que, consoante o aumento da idade, podem surgir alterações a este nível. Podem surgir dificuldades nesta organização devido a problemas visuais, flexibilidade de integração do espaço e outros (Juhel, 2010). Por fim, o autor refere que o que normalmente acontece é que com a perda de noção espacial, vão surgir dificuldades ao nível do esquema corporal.

O conceito de *orientação temporal* é um conceito abstrato, i.e., de difícil compreensão (Juhel, 2010). Este conceito encontra-se muito ligado às questões de memória, i.e., através da memória o geronte sabe em que mês estamos, e qual virá depois. Pode-se então dizer que a orientação temporal está ligada às experiências vividas e codificadas na memória (Juhel, 2010).

Muitas das tarefas do dia-a-dia estão associadas a ritmos e com o aumento da idade as respostas vão ficando mais lentas, o que irá dificultar a organização da ação (Pereira, 2004).

Assim, os problemas ao nível da estruturação espaço-temporal surgem como uma consequência direta do envelhecimento normal, associados a dificuldades cognitivas, como a memória, apresentada nas alterações ao nível cognitivo no envelhecimento (Juhel, 2010).

Quando o processo de envelhecimento já não é normal, podem existir alterações ao nível da organização espaço-temporal, mais precocemente, como é o caso da doença de Alzheimer (Juhel, 2010). Segundo este autor, as pessoas com Alzheimer têm muita dificuldade em se adaptar a novas rotinas ou situações novas, o que pode levar a que a pessoa se desoriente e não consiga realizar as ações que normalmente fazia, no seu envolvimento.

Mais ao nível temporal, quando os gerontes passam por um processo demencial, acabam por não ter noção de tempo, ainda mais do que o envelhecimento normal acarreta. Estes gerontes acabam por ter “problemas de inversão, i.e., de noite, quando é para dormir não dormem; de dia que deviam ficar acordados, têm sono” (Juhel, 2010, p.103).

A *motricidade global* agrupa uma série de aspetos: coordenação, dissociação, habilidade, força, equilíbrio, entre outros (Juhel, 2010). Os mais afetados com o processo de envelhecimento são o equilíbrio e a coordenação.

Quando existem alterações na coordenação nos gerontes, designa-se de apraxias, i.e., há uma alteração nos movimentos automáticos e voluntários que vão interferir com movimentos rápidos, específicos e complexos (Juhel, 2010).

Com o processo de envelhecimento e com as alterações ao nível dos movimentos globais, vão fazer com que o geronte apresente dificuldades a tomar banho, a lavar o cabelo, a vestir ou até mesmo em atividades mais instrumentais como limpar a casa e cozinhar, uma vez que são afetados sobretudo os membros superiores e as mãos (Juhel, 2010).

Quando o envelhecimento passa por um processo patológico, como é o caso da doença de Alzheimer, estes começam a ter mais dificuldades em executar as tarefas de vida diária, devido às alterações de humor/ansiedade e aos problemas cognitivos apresentados (Juhel, 2010).

Os movimentos que estão automatizados pelo cérebro, no caso das pessoas que estão num processo demencial conseguem realizá-lo se não houver interferências; caso contrário, uma vez que o cérebro não consegue programar a atividade, não a realizam (Juhel, 2010).

Além disso, associado à motricidade global está a coordenação motora visuoespacial e os gerontes com Alzheimer vão reduzindo as capacidades a estes níveis (Erkinjuntti, Laaksonen, Sulkava, Syrjalainen e Palo, 1986; Jacob et al., 1995).

Já na *motricidade fina*, definida como movimentos finos, que exigem coordenação e precisão, controlados por pequenos músculos, também é afetada com o envelhecimento (Dain, 2011).

Tal como refere Fonseca (2001b) a motricidade fina no geronte começa a caracterizar-se por movimentos finos cada vez mais trémulos e inseguros.

Com o avançar da idade, começam a apresentar problemas na pega de objetos pequenos e nota-se que há dificuldade em manter intacta a função da escrita (Aubert e Albaret, 2001). Assim, segundo o mesmo autor, o geronte perde amplitude dos movimentos de pinça e de precisão, condicionando a realização de atividades como a pega de pequenos objetos, a diferenciação de texturas ou a utilização de teclas de um telefone.

Dentro da motricidade fina, surge a escrita. Quando há uma doença de Alzheimer, também se verificam alterações nesta área, comparativamente com pessoas que estão no processo normal de envelhecimento. Os gerontes com esta patologia começam a usar sobretudo a parte inferior da folha, há um aumento da quantidade de vezes que levantam o lápis da folha, um aumento da pressão do lápis e ainda o aumento da espessura da linha e do tamanho da margem (Aubert e Albaret, 2001).

1.6 Institucionalização

Segundo dados do INE (2012), cerca de 28% dos gerontes estão institucionalizados, o que corresponde a 804577 gerontes.

O processo de institucionalização passa muitas vezes pela falta de recursos económicos, sociais e familiares para lidar com os gerontes (Pimentel, 2001), uma vez que, com o processo de envelhecimento, os gerontes vão perdendo autonomia, e ficam dependentes de outros, sendo este motivo fulcral muitas vezes para a colocação de um geronte numa instituição (Fernandes, 2002; Pelletier, 1992).

Independentemente das circunstâncias de entrada do geronte num processo de institucionalização, acarreta uma série de mudanças no seu quotidiano e uma alteração nas suas relações sociais e com o meio (Pimentel, 2001).

O conceito de instituição pode ser entendido como um recurso a serviços sociais de internamento do idoso em lares, centros psicogeriátricos, casas de repouso e afins, onde recebem assistência (Cardão, 2009). É um sítio associado sobretudo às pessoas idosas e que pressupõe uma longa duração. Recebem apoios que vão desde a área física à social (Pelletier, 1992; Forbes, Jackson e Krauss, 1987; Trahan, 1989).

Segundo Pimentel (2001), são poucos os gerontes que aceitam a institucionalização de forma positiva, vendo os lares como lugares negativos.

Para os gerontes, a entrada numa instituição representa a última etapa da sua vida, (Cardão, 2009), e, normalmente, surgem sentimentos de abandono e exclusão.

2 Intervenção Psicomotora no Envelhecimento

Uma vez que o estágio se centrou nos gerontes, é necessário perceber a importância da intervenção psicomotora no envelhecimento, quer este seja normal, quer patológico.

A **Psicomotricidade** pode ser definida como uma abordagem multidisciplinar do corpo e da motricidade do ser humano e o seu principal objetivo é o ser humano na sua totalidade e as suas relações (Fonseca, 2001b), focada essencialmente no corpo como mediador da relação entre este e o meio (Fonseca, 2006). O corpo e o psíquico são um só, i.e., não são consequência um do outro, complementam-se (Fonseca, 2001b).

A **intervenção psicomotora** baseia-se no movimento do corpo, sempre associado ao comportamento e em paralelo com o cognitivo, trabalhando assim em três dimensões:

motor, cognitivo e afetivo (Rodríguez, 2002). Um movimento só pode ser terapêutico se for feito com um objetivo específico, refere Fonseca (2001b).

A intervenção psicomotora dá ênfase à qualidade da relação afetivo-emocional e têm como base sete **fatores psicomotores**: tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção de corpo, organização espaço-temporal, praxia global e praxia fina (Fonseca, 2001b). Dirige-se a todas as faixas etárias, e, segundo Morais, Novais e Mateus (2005), tem por base três modelos de intervenção: preventivo, educativo e reeducativo/terapêutico. O nível preventivo serve sobretudo para estimular e desenvolver possíveis competências sociais. Já ao nível educativo, promove-se o desenvolvimento psicomotor e possíveis aprendizagens. Por fim, ao nível reeducativo/terapêutico, adapta-se o indivíduo, que apresenta um desenvolvimento comprometido, a alterações motoras, cognitivas e afetivas que possam aparecer (Morais, 2007; Morais, et. al, 2005).

A intervenção psicomotora realizada com a população mais idosa designa-se de **gerontopsicomotricidade**. Esta tem como objetivo melhorar a funcionalidade e adaptação (Juhel, 2010). Esta intervenção pretende valorizar as capacidades existentes e explorar outras, permitindo experiências de sucesso que lhes causem prazer, de modo a aumentar as suas capacidades pessoais e de interação com o outro (Pereira, 2004). Estas experiências são todas vivenciadas com o corpo, meio de ação do indivíduo, que permite ao geronte vivenciar e integrar, elaborar e reelaborar um conjunto de experiências passadas e presentes, que têm em conta as alterações que ocorrem com o processo de envelhecimento (Pereira, 2004).

Além disso, pretende aumentar a funcionalidade, autonomia e independência dos idosos no seu quotidiano, o que vai levar a que haja um aumento a outros níveis, psicoafetivo, autoestima, motivação, entre outros que por consequência, leva ao aumento dos níveis de socialização (González, 2001).

Este tipo de intervenção é muito utilizado devido aos seus benefícios, para aumentar a QV, uma vez que permite, entre outras coisas, prevenir ou retardar os défices cognitivos que estejam associados ao envelhecimento, ou até mesmo impedir o desenvolvimento de um processo demencial (Benavente, 1995 cit in Olave-Sepúlveda e Ubilla-Bustamante, 2011).

A intervenção psicomotora com os idosos saudáveis, no processo normal de envelhecimento, passa por ser uma **intervenção primária**, com o intuito de impedir que surjam défices associados à idade aumentando a possibilidade de recuperar e/ou manter as capacidades (Rodríguez e Llinares, 2003). Esta intervenção pressupõe trabalhar de

forma conjunta e interrelacionada todos os aspetos psicomotores, através de dinâmicas que permitam a socialização (Rodríguez e Llinares, 2003). Tem um efeito **preventivo ou secundário**, ao nível da tonicidade funcional, do controlo postural flexível, na imagem corporal, na organização espaço-temporal, integração e prolongamento de praxias ideomotoras, na criatividade e na espontaneidade, que devem ser adaptadas às necessidades funcionais específicas de cada geronte (Fonseca, 2001; Vasconcelos, 2003). Quando já existe um quadro clínico associado ao idoso, com défices cognitivos e/ou funcionais, a intervenção Psicomotora também pode intervir a **nível terciário**, mas de uma maneira mais reeducativa e ou prevenção secundária (Rodríguez, 2002).

Ao nível psicomotor, a intervenção psicomotora visa trabalhar aspetos relacionais e perceptivo-visuais (González, 2001). Já Fonseca (2001) e Juhel (2010) acrescentam que a relaxação, as formas dinâmicas e originais da estimulação ao nível vestibular, atividades de equilíbrio estático e dinâmico, as atividades lúdicas e de atenção, a observação e a memória, atividades de integração somatognósica devem ser utilizadas na intervenção, bem como a orientação visuoespacial e temporal, i.e., atividades que trabalhem os fatores psicomotores de base que dão origem a todas as restantes capacidades.

Levy (2000) refere que a Psicomotricidade pretende melhorar o conhecimento de si mesmo e aumentar a eficácia das ações de cada um, sobretudo nas AVD. Com esta terapia, há uma aprendizagem de realce e valorização das suas capacidades e forças, de modo a ultrapassar possíveis obstáculos e limitações físicas ou outras. Além disso, poderá ajudar os idosos a melhorar a sua capacidade de adaptação às situações que possam aparecer devido ao processo de envelhecimento (Vasconcelos, 2003).

Juhel (2010) refere a importância dos gerontes manterem as amizades e fazerem novos amigos, estando sempre ativos socialmente, uma vez que, quando se inicia o processo de envelhecimento, nota-se um maior afastamento das relações sociais. A intervenção psicomotora pode ajudar neste aspeto, através de trabalho em grupo.

A intervenção psicomotora nos gerontes vai melhorar o estado emocional do indivíduo e melhorar a sua QV, de modo a que tenham uma visão mais positiva do seu estado de saúde, e, por conseguinte, melhorar a sua interação social (González, 2001). Assim, a Gerontopsicomotricidade vai contribuir para um envelhecimento melhor, promovendo um aumento da sua capacidade funcional, autonomia e QV, tendo sempre em vista o indivíduo como um todo (Pereira, 2004).

2.1 Saúde Mental e Envelhecimento

O conceito de saúde mental é mais do que a ausência de uma perturbação mental (WHO, 2003). Pode ser visto como o estado de bem-estar em que o indivíduo reconhece as suas capacidades, lida com situações stressantes do dia-a-dia e contribui positivamente de alguma forma, para a sociedade. É um *continuum*, que vai desde perturbações aleatórias causadas pelo stress até às perturbações mentais graves (WHO, 2003). A saúde mental pode ser afetada por uma série de fatores socioeconómicos, necessitando assim de estratégias globais de promoção, prevenção, tratamento e recuperação (WHO, 2013).

As perturbações na saúde mental, não dependem apenas de fatores individuais, como a capacidade de exprimir os sentimentos ou o comportamento do indivíduo perante outro, mas também de fatores sociais, culturais, económicos, políticos e ambientais, como por exemplo as condições de trabalho (WHO, 2013). A exposição a uma adversidade de fatores em idades mais jovens são um fator de risco que se devem evitar, para não serem um potencial causador de uma perturbação ao nível mental (WHO, 2013). Para além disso, os problemas de saúde mental vão afetar não só o indivíduo, mas também toda a sociedade que o rodeia (WHO, 2003).

No DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2000), uma demência caracterizava-se por alterações de memória, nomeadamente dificuldade em novas aprendizagens e esquecimento, sendo este, um sintoma inicial predominante. McKhann e colaboradores (2011) acrescentam que esta só pode ser diagnosticada quando há sintomas cognitivos ou comportamentais. Afeta cada pessoa de um modo diferente, dependendo do impacto que esta traz à pessoa e à sua personalidade (WHO, 2006).

Segundo o DSM-V, existem muitas perturbações, sobretudo associadas ao processo de envelhecimento (APA, 2013). Devido a algumas mudanças e evoluções, o conceito até então designado de demências, passou a fazer parte de um conjunto de perturbações, as perturbações neurocognitivas (PNC). O conceito perturbações neurocognitivas, é um pouco mais abrangente que o conceito anterior. Enquanto no DSM-IV-TR existiam os diagnósticos de delírio, demência, perturbação amnésica e outras perturbações cognitivas, agora foram renomeadas e designadas de PNC (Araújo e Neto, 2014). No DSM-V, as PNC envolvem o delírio, a perturbação neurocognitivas leve e perturbação neurocognitivas maior (APA, 2013). Além disso, ao contrário das demências, pode ser considerado uma PNC apenas com um sintoma num determinado domínio (APA, 2013).

De acordo com a Alzheimer's Disease International (ADI, 2009) a demência apresenta três **estádios**: o estágio precoce, o estágio moderado e o estágio severo. No primeiro estágio, referente aos primeiros dois anos do quadro demencial (ou dependendo da evolução, ao primeiro ano), muitos dos sintomas são equiparados ao processo de envelhecimento normal. Os mais frequentes são os problemas de linguagem, a perda significativa de memória, nomeadamente a recente, perda de orientação espaço-temporal, muita dificuldade em tomar decisões, perda gradual de motivação e interesse em *hobbies*, alterações repentinas de humor ou ansiedade e por vezes reações de agressividade. No avançar do quadro e passando para o estágio moderado, entre os dois e os quatro/cinco anos de início do diagnóstico vão apresentar dificuldades nas AVD, principalmente nas atividades domésticas e na higiene pessoal. Além das claras alterações na linguagem e na memória, apresentam alguns comportamentos atípicos, como é o caso da deambulação, o questionamento frequente, gritar, alterações do sono, alucinações, entre outros. Por fim, no último estágio, o severo, o geronte apresenta uma dependência quase total de outrem. Há um grave comprometimento da memória e alterações físicas. Começa a existir dificuldade em alimentar-se, incapacidade em comunicar e em reconhecer familiares e amigos, bem como nomear objetos. Por vezes ficam limitados a uma cadeira de rodas ou a uma cama. Dependendo do comprometimento do quadro, podem surgir dificuldades na marcha e em encontrar o caminho de regresso a casa, alterações no controlo vesical e intestinal e adoção de comportamentos desadequados (ADI, 2009).

Os vários tipos de processos demenciais têm a elas associadas uma série de alterações psicomotoras, sendo que algumas delas já foram supracitadas.

A apraxia, de acordo com Aubert e Albaret (2001), é um dos sintomas mais frequentes nas demências, sobretudo em estádios mais avançados e representa-se pela dificuldade de imitar gestos simbólicos (ou não) ou por exemplo erros no abotoar (apraxia do vestir). Por vezes, em momentos mais precoces das demências os gerontes começam a perder noção de como se faz determinado movimento para realizar uma determinada ação, e por vezes este sintoma pode passar despercebido, devido a estratégias utilizadas por cada um.

Além disso, surge a lentidão psicomotora e os tempos de reação mais elevados, devido à perda de capacidades cognitivas, sensoriais e motoras, associados à demência (Jimenez, 2002).

A intervenção psicomotora pode ser muito importante para os gerontes que estejam num processo demencial. Os objetivos a trabalhar com esta população passam pela ajuda

na gestão dos défices cognitivos, com estratégias de adaptação e diminuição da ansiedade gerada pelas mudanças que ocorrem com o início da demência e além disso promover autonomia ao paciente. Através de sessões em grupo promover a socialização e a criatividade. Outro dos objetivos a trabalhar é melhorar os problemas psicomotores, sobretudo o equilíbrio e o controlo postural, através de hábitos de reeducação postural (Rodríguez, 2002).

Todas as sessões são pensadas com princípios e objetivos a atingir. No caso específico das questões motoras, é necessário ter sempre em conta as características de cada pessoa, uma vez que, aliado às alterações do processo de envelhecimento, o facto de terem um quadro demencial, vem deteriorar mais as características motoras e por isso devem ser tarefas muito simples, com instruções específicas e pouco ritmo (Rodríguez, 2002).

Contudo, na intervenção psicomotora trabalham-se questões cognitivas, sociais, emocionais e os gerontes devem beneficiar da mesma, sendo securizante e promovendo bem-estar. (Rodríguez, 2002).

Além disso é importante que estas pessoas se sintam integradas, apesar de ser muito difícil criar uma coesão de grupo em gerontes com demência, uma vez que, como foi referido anteriormente, nos estados iniciais dos processos demências, estes gerontes isolam-se (Rodríguez, 2002).

Uma sessão de intervenção psicomotora para estes gerontes seria, o ideal, 30 ou 45 minutos, diminuindo o tempo caso a deterioração seja mais evidente. O grupo deve ter entre 10 a 12 pessoas. Devem ser trabalhadas questões motoras, cognitivas, emocionais, sociais de diversas maneiras (Rodríguez, 2002). O mesmo autor refere que, se os gerontes apresentarem défices cognitivos acentuados, a intervenção é tanto mais produtiva se for individualmente ou em grupos de duas ou três pessoas.

As atividades programadas devem ter um grau de dificuldade baixo, de modo a que todos possam participar, sem muito esforço e não fiquem frustrados por errar. Podem ser jogos, técnicas de relaxação, terapias expressivas, entre outras (Rodríguez, 2002).

Seria também importante, uma vez que a intervenção psicomotora vê o ser humano como algo global e integrado, juntamente com outros profissionais da equipa multidisciplinar, não sobrepor atividades que trabalhem o mesmo objetivo (Rodríguez, 2002).

As sessões propostas por Rodríguez (2002) pressupõem três etapas. Inicialmente, uma parte mais inicial com a orientação para a realidade e lembrar as regras das sessões. A segunda parte, inclui grande parte do trabalho psicomotor, seguindo os objetivos definidos. Posteriormente refletirem sobre aquilo que sentiram ou aconteceu na sessão, o que gostaram mais ou menos, se o espaço foi bom, entre outros. Esta reflexão pode ser verbal ou através de representações visuais (e.g. desenhos). O autor afirma que, por vezes, devido ao comprometimento cognitivo dos gerontes, estes podem responder sempre que sim, que foi tudo bom. Por fim, para finalizar a sessão podem cantar uma música ou recitar um poema.

Quanto ao tipo de materiais usados nestas sessões, e segundo Rodríguez (2002) não devem ser usados os materiais “típicos” como bolas, tecidos, baralho de cartas, papéis de jornais uma vez que o fundamental é a criatividade. Devem sim ser usados papeis coloridos, cartões de categorias (e.g. frutas, animais, objetos) bem como materiais com diferentes texturas (Rodríguez, 2002). Esta visão pode ser questionada, uma vez que as bolas, os tecidos e os bastões, podem ser utilizados também como recurso à criatividade, bastando alterar a função que lhe damos habitualmente.

Tendo em conta que a intervenção psicomotora é importante para os processos demenciais e os quadros demenciais são diversos como é o caso da doença de Alzheimer, a doença Vascular, a demência com corpos de Lewy, a demência Degenerativa Frontotemporal, a doença de Huntigton, a doença de Creutzfeld Jacob, a demência de Parkinson, serão focados apenas os mais importantes no contexto de intervenção do estágio, ou seja, a DA e a DV.

2.1.1 Doença de Alzheimer.

A doença de Alzheimer é a forma mais comum de demência e ronda os 60-70% dos casos de demência (ADI, 2009).

Segundo o ICD-10 (WHO, 2015), esta perturbação neurocognitiva é uma doença cerebral degenerativa, em que a etiologia é desconhecida e apresenta características neuropatológicas e neuro químicas. Apresenta uma progressão lenta e durante muitos anos. Segundo esta classificação, a doença de Alzheimer pode ser dividida em 4 subtipos: com início precoce (ocorre antes dos 65 anos e apresenta uma progressão relativamente rápida bem como alterações nas funções corticais superiores); de início tardio (início depois dos 65 anos e apresenta uma progressão lenta, com alterações significativas na memória); atípica ou mista e doença de Alzheimer não especificada (WHO, 2015).

A doença de Alzheimer apresenta características quer psicológicas, quer comportamentais e só pode ser diagnosticada se apresentar sintomas das duas (APA, 2013). É uma doença progressiva do cérebro em que ocorrem alterações sensoriais, cognitivas e motoras (Bishop, Lu e Yankner, 2010).

Na fase inicial é caracterizada pela perda de memória e de aprendizagem, associando-se a isto, alterações nas funções executivas. Quando passa a uma fase mais avançada, podem surgir défices percetuais nas habilidades motoras e na linguagem. Por fim, na fase mais terminal da demência, surgem dificuldades mais ao nível cognitivo, associado à prestação social, em que os utentes deixam de ter um discurso coerente (APA, 2013).

São vários os aspetos psicomotores que sofrem alteração quando o geronte entra num processo demencial como é o caso do Alzheimer. De modo a facilitar posteriormente a compreensão do caso em estudo e da intervenção, serão de novo citados, de forma breve, as alterações psicomotoras na doença de Alzheimer.

Os fatores psicomotores afetados são o equilíbrio, o esquema corporal, a orientação espaço-temporal e a motricidade global e fina. Ao nível do equilíbrio nota-se que as quedas são mais frequentes (Imamura et al., 2000) e é possível verificar alterações mais significativas quer nos padrões de marcha, quer no equilíbrio estático e dinâmico (Rodríguez, 2002). Além disso, Aubert e Albaret (2001) referem que podem surgir comportamentos motores anormais, como a deambulação. Ao nível do esquema corporal, surgem problemas na imagem corporal, i.e., dificuldade em nomear as partes do seu corpo ou de localizá-las no espaço (Rodríguez, 2002). Ao nível da organização espaço-temporal surgem dificuldades em se adaptar a novas rotinas ou situações e acabam por perder a noção de tempo (Juhel, 2010). Por fim, na motricidade, ao nível global aparecem dificuldades em executar AVD (Juhel, 2010) e perdem capacidades associadas à coordenação motora (Erkinjuntti et al., 1986; Jacobs, et. al, 1995), e ao nível mais fino, surge a desorientação no processo de escrita (Aubert e Albaret, 2001).

Por fim, e não menos importante, a afasia, a apraxia e a agnosia são também características presentes na doença de Alzheimer. Segundo Rodríguez (2002), as apraxias são a justificação da dificuldade dos gerontes com Alzheimer em realizar AVD e tratar da sua higiene pessoal.

A intervenção psicomotora no Alzheimer conduz a uma série de objetivos entre os quais adiar a detioração das habilidades cognitivas, capacitando-os; encontrar estratégias que compensem os défices funcionais que aparecem no quotidiano, controlar a ansiedade

e angústia das mudanças que esta demência acarreta e manter as relações sociais (Vázquez e Mila, 2014). Hilion (2015) acrescenta que é necessário trabalhar a comunicação não verbal e valorizar o seu corpo, porque só assim são capazes de manter relações sociais.

As sessões têm como objetivo reduzir possíveis perturbações psíquicas e comportamentais associadas à demência. É importante que seja um plano de intervenção flexível e dinâmico, tendo em conta as características do utente e a evolução da doença. Nestas sessões é possível trabalhar quer ao nível cognitivo, emocional, motor e social, em conjunto, de várias maneiras. Todas as tarefas devem ser simples, para evitar frustração dos gerentes, porque nem sempre conseguem compreender a instrução (Vázquez e Mila, 2014). Hilion (2015) refere que é importante a estimulação sensorial e instrumental, o que permite aos gerentes a consciência dos próprios objetos e reforçar a sua própria identidade.

Vázquez e Mila (2014) propõem sessões de três horas, divididas em três momentos, com rituais de iniciação e finalização. Além disso, estas sessões devem seguir sempre esta rotina, para ajudar na intervenção destes gerentes.

O primeiro bloco, de 45 minutos pressupõe a estimulação psicomotora e representação da experiência no final, onde são trabalhadas sobretudo as praxias. Dentro destas podem ser trabalhados a coordenação, o equilíbrio e a marcha (Rodríguez, 2002). Aliado a este, podem ser trabalhados conteúdos cognitivos como a atenção, a memória, as funções executivas, a orientação espaço-temporal e o esquema corporal (Vázquez e Mila, 2014). O segundo bloco, com duração aproximada de uma hora, baseado na estimulação mais cognitiva, com troca de experiências entre os gerentes (Vázquez e Mila, 2014). O terceiro e último bloco, com duração de 50 minutos, onde são propostas atividades de destreza manual e representação das experiências que surgiram da sessão (Vázquez e Mila, 2014).

No início de cada sessão e no final, há um momento mais emocional e com vertente mais terapêutica, com objetivos muito específicos. Inicialmente para criar um espaço mais securizante e para conhecer/reconhecer o outro e no final com o objetivo de organizar a atividade e reter as experiências que surgiram (Vázquez e Mila, 2014).

A gerontopsicomotricidade pode trabalhar quer com o paciente, quer com o seu cuidador (Vázquez e Mila, 2014). Estes autores propõem sessões em conjunto, com vários objetivos, uma vez que estes cuidadores são capazes de amplificar experiências a todas as áreas da vida diária do gerente com Alzheimer.

2.1.2 Doença Vascular.

A Perturbação neucognitiva doença Vascular, é o segundo tipo de demência mais frequente e está associado a lesões vasculares cerebrais, como é o caso de aneurismas, doenças isquémicas e os derrames cerebrais (Fratiglioni et al., 2000; Traykov et al., 1999). Assim sendo, podem ocorrer em diversas áreas do cérebro, e por isso esta demência é muito heterogénea e segundo os estudos destes autores, metade dos pacientes que sofrem esta demência, também têm Alzheimer.

Segundo o ICD-10 (WHO, 2015), esta resulta de lesões cerebrais causadas por uma patologia vascular. Estas lesões apesar de por vezes serem pequenas, todas associadas resultam de efeitos bastante visíveis. Tem início em idades avançadas. Segundo esta classificação, a Doença Vascular divide-se em vários subtipos: de início agudo (surge geralmente após um acidente vascular cerebral e a progressão é rápida); multi-enfarte (tem uma evolução gradual e aparece na sequência de um episódio isquémico); subcortical (semelhante ao Alzheimer, contudo inclui casos de hipertensão arterial e alterações na substância branca dos hemisférios cerebrais); subcortical e cortical Mixed; outras e DV não especificada (WHO, 2015),

Esta demência apresenta um declínio de capacidades gradual, i.e., os gerentes podem apresentar períodos de estabilidade e logo de seguida défices cognitivos e de memória acentuados (Chui et al., 2000).

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2000), surgem alterações sociais, cognitivas e funcionais. Os pacientes apresentam problemas na memória e podem apresentar afasia, agnosia e problemas executivos. Além disso devem apresentar, por exemplo, problemas na marcha e exagero nos reflexos. Por vezes, e não descurando os sintomas psicomotores, apresentam lentidão psicomotora. Além disso, défice de atenção e dificuldade na autorregulação (APA, 2000).

Segundo a APA (2013), no DSM-V, este passou a ter uma nova terminologia: Perturbação Neurocognitiva Vascular maior ou leve. Para receber este diagnóstico tem de existir uma lesão ou doença cerebrovascular e um défice cognitivo. Estas lesões podem ser de vários tipos: focal, multi focal ou difusa. Consoante as lesões, a progressão pode ser lenta ou rápida.

Após pesquisa bibliográfica acerca das demências vasculares, não foi possível encontrar nenhuma informação acerca dos benefícios da intervenção psicomotora nesta patologia.

Segundo Ramos, Dib e Wright (2013), os indivíduos com este quadro apresentam lentidão psicomotora, alterações nas funções executivas, instabilidade na marcha, disfasia, dispraxia e agnosia. A APA (2000) acrescenta o défice de atenção e dificuldade na autorregulação. Como se verificou pelo que foi escrito anteriormente, a intervenção psicomotora pode intervir nestes vários sintomas, uma vez que estimula a parte cognitiva e a motora, de modo a colmatar as dificuldades. É possível criar estratégias que compensem as dificuldades no dia-a-dia (Vázquez e Mila, 2014).

Realização da Prática Profissional

1 Enquadramento Institucional no CPNSF

A intervenção de um profissional da área da Reabilitação Psicomotora deve ser realizada com objetivos específicos, em populações especiais ou mesmo na comunidade em geral. Além disso, todos os recursos materiais e humanos, bem como toda a organização de uma instituição, serão determinantes no processo terapêutico de um utente. Assim, torna-se pertinente estudar e analisar todas as características da instituição, onde o estágio curricular decorre.

1.1 Evolução Histórica, Missão e Valores

De modo a perceber e enquadrar a instituição, importa perceber o início da mesma e o seu progresso.

O Centro Psicogeriátrico de Nossa Senhora de Fátima (CPNSF) pertence ao Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IHSCJ). O IHSCJ foi criado com o objetivo de dar resposta ao abandono e exclusão social pelo qual as mulheres com problemas ao nível psiquiátrico se deparavam, nomeadamente as mais pobres (IHSCJ, 2010).

O Centro Psicogeriátrico localiza-se na Parede, no Concelho de Cascais pertencente ao distrito de Lisboa (IHSCJ, 2012). O CPNSF começou por ser um Hospital Ortopédico, sendo fundado em 1948, tendo prosseguido o seu trabalho até aos anos 80, neste âmbito. Em 1985, reabriu como CPNSF, com o objetivo de prestar cuidados, na área da saúde mental, à população mais idosa, do género feminino (IHSCJ, 2012).

Por ser uma instituição de cariz católico a mesma rege-se pelos princípios da doutrina social da Igreja e orienta-se pelos **valores** hospitalares (IHSCJ, 2012):

- Serviço aos doentes e necessitados;
- Sensibilidade para com os excluídos;
- Acolhimento libertador;
- Saúde Integral;
- Qualidade Profissional;
- Humanização de cuidados;
- Ética na atuação;
- Consciência Histórica.

O CPNSF é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, sendo o seu modelo de intervenção o Modelo Assistencial Hospitalar e tem como **missão** acolher e prestar cuidados especializados de saúde, no âmbito Psicogeriátrico, para melhorar quer ao nível físico, psíquico, social, espiritual, emocional, tendo sempre respeito pela individualidade da

utente, sob uma visão humanista e integral da mesma (ISCJ, 2012; IHSCJ, 2014a). O trabalho realizado pela equipa tem como objetivo melhorar a qualidade de vida da utente através de um programa individualizado e centrado na pessoa, bem como ser um apoio fundamental à sua família (IHSCJ, 2014a).

1.2 Organização Geral do CPNSF

Para o cumprimento da sua missão, o CPNSF tem como objetivos específicos: (a) prestação de cuidados de saúde que permitam melhorar a qualidade de vida da utente, contribuindo para um bem-estar biológico, social, psicológico e espiritual; (b) estimular a participação dos familiares no apoio às utentes; (c) oferecer às utentes um ambiente securizante, confortável, que estimule a sua autonomia e ofereça melhorias na qualidade de vida; (d) permite o estabelecimento de uma relação de serviço por parte da equipa técnica com o compromisso de ajudar sempre a utente, e promover o bem-estar; (e) desenvolver programas que visem o equilíbrio económico e financeiro do CPNSF; (f) empenhar-se na formação científica no âmbito da saúde mental e da psiquiatria; (g) colaborar com Universidades para a realização de estágios; e por fim (h) promover o respeito pelo ambiente e responsabilidade social (IHSCJ, 2012).

No CPNSF presta-se cuidados a utentes que apresentem problemas ao nível psíquico e/ou psiquiátrico. Funciona todo o ano com apoio permanente durante as 24 horas. As idades das utentes variam entre 65 e 102 anos, sendo a média de idades 85. A CPNSF conta agora com 86 utentes.

1.3 Equipa técnica

Para que os objetivos das utentes sejam atingidos e os cuidados de saúde promovam uma melhoria na qualidade de vida, é necessário uma equipa multidisciplinar com intervenção centrada na pessoa.

O CPNSF conta com uma equipa técnica com cerca de 70 pessoas divididas por área administrativa, área clínica, enfermagem, Associação de Familiares e Amigos, Voluntariado, Pastoral da Saúde e equipa da qualidade (figura 1**Erro! A origem da referência não foi encontrada.**). É com esta equipa que se tenta ao máximo a intervenção bio-psico-social e espiritual (IHSCJ, 2012).

O CPNSF presta os cuidados de saúde abrangendo a área preventiva, terapêutica, reabilitativa, sempre com uma perspetiva completa da pessoa (IHSCJ, 2014). Esta metodologia pressupõe um diagnóstico, planeamentos, implementação e avaliação dos

programas individuais, desenvolvidos na equipa multidisciplinar existente (IHSCJ, 2012). Segundo a mesma fonte, este centro pressupõe que os profissionais, anualmente, elaborem planos e relatórios das utentes, tendo sempre em conta as necessidades das mesmas. Além disso, cada profissional, deve seguir o seu código deontológico, visando o bem-estar da utente.

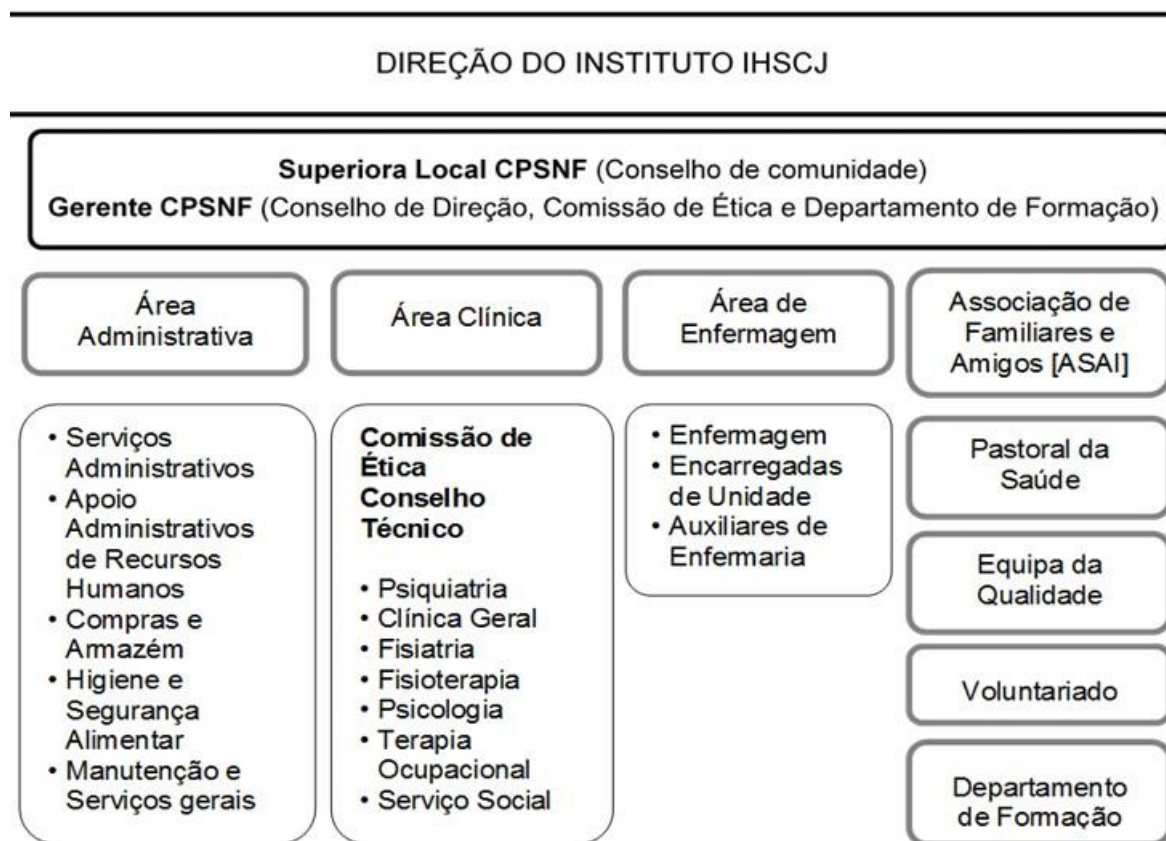


Figura 1– Organograma das Irmãs Hospitalleiras do Sagrado Coração de Jesus no CPNSF (adaptado de Regulamento Funcional Interno - IHSCJ, 2012)

1.4 Instalações e acessibilidade

De forma a contextualizar as infraestruturas e a acessibilidade do CPNSF, apresenta-se uma breve descrição relativa à arquitetura dos espaços, edifícios e equipamentos, bem como a acessibilidade do centro de acordo com a observação realizada pela estagiária no local.

O CPNSF é constituído apenas por um edifício, com quatro andares, como está descrito na tabela 1.

O CPNSF é um espaço acessível a todos, apresentando determinados equipamentos que permitem a sua utilização, independentemente das capacidades e características dos indivíduos, e.g.: rampas de acesso ao interiores e elevadores que possibilitam o acesso a andares superiores dentro do edifício. Para além disso, os corredores são compridos e largos, existindo ligações entre eles, facilitando a passagem de umas zonas para outras.

Tabela 1 – Identificação das instalações, por andar

R/C	1.º Andar	2.º Andar	3.º Andar
Receção	Sala de Refeições	Gabinete de Psicologia	Sala de Terapia ocupacional
Secretaria	Gabinete de serviço social	Sala de Estar	Ginásio de Fisioterapia
Sala de Reuniões	Gabinete médico	3 WC	Sala de Reiki
Capela	2 Salas de estar	Sala de refeições	2 WC
Gabinete de direção	4 WC	Biblioteca para utentes	1 Elevador
1 WC	Bar com esplanada	8 Quartos T1	
2 Elevadores	7 Quartos T1	5 Quartos T2	
Lavandaria	5 Quartos T2	6 Quartos T3	
Farmácia	1 Quarto T3	4 Enfermarias	
Cozinha	2 Enfermarias	Gabinete de enfermagem	
Sala de Costura	Unidade de curto internamento	2 Elevadores	
Vestiário dos funcionários	Gabinete de enfermagem		
Refeitório dos funcionários	Gabinete de voluntariado		
Sala-estar dos funcionários	2 Elevadores		
Pátio com jardim	Cabeleireiro		
Armazém			

Quanto ao acesso para o CPNSF, para quem não tenha transporte próprio, o mesmo é simplificado pela existência de transportes públicos: utilizando o comboio da linha de Cascais e saindo na paragem de Carcavelos, onde estão disponíveis, não só, uma paragem de táxis mas também uma paragem de autocarros da empresa SCOTTURB. O autocarro permite ir até à rua onde se localiza a instituição, ficando a 10/20 metros da entrada desta. Saindo na estação da Parede, também há possibilidade de ir a pé, percorrendo uma distância de cerca de 1 km. Contudo, para indivíduos com mobilidade reduzida (e.g. cadeira de rodas), o percurso torna-se mais moroso e complicado, uma vez que os passeios são estreitos e irregulares, ou em alguns sítios, inexistentes.

1.5 Serviços prestados

Como explicado anteriormente, os serviços prestados às utentes têm como objetivo melhorar a sua qualidade de vida, intervindo a vários níveis.

No CPNSF existe uma equipa vasta de profissionais qualificados que trabalham continuamente para este objetivo (IHSCJ, 2014b). Assim, e tendo em conta o Modelo Assistencial Hospitalar, os serviços no CPNSF estão divididos em quatro grandes categorias: Unidades de Internamento, Ambulatório, Serviços Clínicos e Outras respostas terapêuticas, descritos na tabela 2 (HSCJ, 2012; IHSCJ, 2014b).

Tabela 2 – Serviços Prestados (adaptado de Regulamento Funcional Interno – IHSCJ, 2012)

Unidades de Internamento	Ambulatório	Serviços Clínicos	Outras Respostas Terapêuticas
<ul style="list-style-type: none"> • Psiquiatria geriátrica: curto, médio e longo internamento • Reabilitação Física em geriatria: médio internamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicologia • Fisiatria • Fisioterapia 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicina • Psiquiatria • Clínica Geral • Fisiatria • Enfermagem • Psicologia • Fisioterapia • Serviço Social • Terapia Ocupacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Acunpuntura • Tai-chi • Reiki • Reabilitação Cognitiva

Existem ainda outras estruturas prestadoras de serviços como é o caso dos serviços administrativos (e.g. contabilidade), departamento de recursos humanos, departamento de formação, departamento de qualidade, gabinete do utente, serviço pastoral da saúde, serviços sócio terapêuticos (ateliers ocupacionais, sala de fisioterapia e unidade de memória), serviços sócio culturais (biblioteca, cafeteria e salão de cabeleireiro) e por fim serviços gerais e manutenção (IHSCJ, 2012). É ainda de referir, que todos os serviços prestados, seguem os princípios institucionais, responsabilidade ética, competência e eficiência, tentando sempre utilizar os recursos disponíveis, para manterem uma boa sustentabilidade no centro (IHSCJ, 2012).

1.6 Atividades semanais

O CPNSF oferece às utentes uma série de atividades individuais ou grupo, descritas na tabela 3.

Além disso, durante as manhãs e tardes decorrem apoios individualizados como é o caso da Fisioterapia, da Psicologia e do *Reiki*. Na parte da manhã, decorrem os apoios individualizados na unidade de memória realizados pela psicóloga e ao fim da tarde, os apoios individuais da terapia ocupacional.

Os apoios de serviço social são muito pontuais. Para além destas valências, o CPNSF proporciona também diversas atividades a realizar no exterior da instituição, tais como passeios, encontros entre os vários centros do instituto ou ainda peregrinações. Contudo, no CPNSF ocorrem pontualmente comemorações e festas temáticas², geridas pelo instituto.

Tabela 3 – Atividades semanais do CPNSF

Horas	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
9h30	Pequeno-almoço das Utentes				
10h	Sessão de Movimento (30minutos)	Sessão de Movimento (30minutos)	Sessão de Movimento (30minutos)	Sessão de Movimento (30minutos)	Sessão de Tai-Chi (30minutos)
11h	Ateliers Ocupacionais			Ateliers Ocupacionais Reunião do Jornal (quinzenal)	Ateliers Ocupacionais
12h30	Almoço das Utentes				
13h	Período de Almoço para os Profissionais de Saúde				
14h	Jogo do Pau	Ensaio do Coro	Ateliers Ocupacionais	Jogo do Loto	Ateliers Ocupacionais
15h30	Lanche das Utentes				
16h	Pintura	Grupo de Autorrepresentação	Grupos Psicopedagógicos	Ateliers Ocupacionais	
17h	Saída dos Profissionais de Saúde				

1.7 Intervenção Psicomotora no CPNSF

Após o conhecimento da dinâmica do CPNSF onde decorreu o estágio, é fundamental compreender com que população foi feita a intervenção. A população do CPNSF é heterogénea. Há 58 casos de demências, 14 casos de neuroses e oito casos de psicoses.

Dentro deste grupo heterogéneo, foram escolhidas algumas utentes para acompanhamento, em contexto de grupo ou individual. O estágio realizado no CPNSF foi organizado de acordo com a disponibilidade dos utentes, dentro do horário realizado pela estagiária, no centro.

A intervenção psicomotora pode ser uma peça fundamental, de vários modos e em diversos contextos, tendo sempre em conta o indivíduo com o qual vamos intervir. Assim,

² Esta informação foi cedida pela Psicóloga, Dr^a. Paula Agostinho

serão descritos alguns conceitos da intervenção psicomotora tendo em conta o contexto de intervenção.

No CPNSF, não existia até então a intervenção psicomotora, sendo uma novidade para os técnicos e para os utentes. Devido às características das utentes, foi possível trabalhar a diversos níveis, dependendo se estavam apenas em processo de envelhecimento normal ou patológico ou se apresentavam alguma perturbação ao nível da saúde mental.

Tabela 4 – Horário realizado de outubro a janeiro

	2.ª Feira	4.ª Feira	5.ª Feira
9.30h		Entrada (preparação material casos/ apoio no PA)	Entrada (preparação material casos/ apoio no PA)
10.00h		S.I. – Isidra	S.I. – Isidra
11.00h		Grupo 2 - Estimulação Sensorial	Colaboração no projeto GPS
12.00h			Reunião supervisão
13.30h	Entrada (preparação grupo)		
14.00h	S.I. – Anabela	S.I. – Anabela	Grupo 4 – Défice Grave
15.30h	Reunião supervisão Grupo		
16.00h	Grupo 1 – Défice Moderado (c/estagiária de psicologia)	Grupo 3 - Utentes Independentes	Atividade da Pintura
17.00h	Registo das sessões Saída	Registo das sessões Saída	Registo das sessões Saída

Assim, a intervenção ao longo do semestre sofreu algumas alterações no horário (comparar tabela 4 – horário entre outubro e janeiro - e tabela 5 – horário depois de fevereiro).

Tabela 5 – Horário realizado de fevereiro a junho

	2.ª Feira	4.ª Feira
9.30h	Entrada	Entrada (preparação material)
10.00h	(preparação material)	Grupo 2 - Estimulação Sensorial
10.30h	S.I Anabela	
11.00h		
11.30h	Atelier de Pintura	Grupo 4 – Défice Grave
12.00h		
12.30h	Almoço das utentes	Reunião supervisão
13.30h	S.I. – Mariana ³	Almoço das utentes
14.30h	Registos	S.I. – Anabela
15.30h	Reunião supervisão Grupo - Lanche utentes	S.I. – Mariana
16.00h	Grupo 1 – Défice Moderado (c/ estagiária de psicologia)	Registos - Lanche utentes
17.00h	Registo das sessões Saída	Grupo 3 - Utentes Independentes
		Registo das sessões Saída

Como se pode verificar pelas tabelas, eram feitos acompanhamentos individuais e dinamizados quatro grupos de trabalho, dependendo das capacidades das utentes e com

³ O estudo-caso foi alterado devido ao óbito da utente Isidra

o tipo de estimulação mais adequado. Além disso eram feitas duas reuniões semanais para perceber dificuldades e discutir os planos de sessão ou intervenção. Por fim, também era dinamizado um atelier de pintura.

1.7.1 Contextos de intervenção.

Uma vez que não existe o serviço de intervenção psicomotora dentro da instituição também não existem salas terapêuticas. Face a esta dificuldade foram utilizadas duas salas de estar e a sala de reuniões. Quando as condições climatéricas eram mais favoráveis, utilizava os jardins e as esplanadas do centro.



Figura 2 – Sala de estar 1.º andar

A sala de estar do primeiro andar (ver figura 2) era composta por uma mesa redonda e quatro cadeiras, além dos seis cadeirões e uma televisão.



Figura 3 – Sala de estar do 2.º andar

A sala de estar do segundo andar (ver figura 3) era composta por duas mesas com computadores, uma mesa redonda e cinco cadeiras e um cadeirão. Além disso, também disponibilizava uma televisão e uma pequena biblioteca para as utentes.

Por fim, também foi utilizado como local de intervenção, a sala de reuniões (ver figura 4) que era composta por duas mesas e cerca de 20 cadeiras, e um quadro branco.

Para que fosse possível intervir com as utentes, foi necessário recolher informação, quer formal, através de instrumentos de avaliação, quer informal através de observação das utentes nos seus contextos.



Figura 4 – Sala de Reuniões

1.7.2 Avaliação das utentes.

Todos os processos de intervenção começam com uma avaliação inicial, uma vez que através desta é possível estabelecer objetivos adequados, que servirão de base para as decisões a tomar sobre a intervenção (Pitteri, 2004). A **avaliação psicomotora** pretende estudar o indivíduo na sua unidade e totalidade (Loureiro, 2011). Avalia as capacidades psicomotoras do indivíduo, através dos seus comportamentos, atitudes, ações, interações em diversos contextos, sendo estas observáveis e avaliáveis (Pitteri, 2004). Assim, com a avaliação, são criadas estratégias fundamentais para a resolução do problema, fundamentais para desenvolver um plano terapêutico (Pitteri, 2004).

Soubiran e Coste (1975) de forma sucinta descrevem a avaliação psicomotora como uma análise das capacidades sensoriais, práxicas, quinestésicas e relacionais do indivíduo. Já Pitteri (2004) defende que a avaliação psicomotora passa por observar aspetos neuromotores espaço temporais, a consciência corporal de cada um e as características psicoafetivas e.g. a expressão emocional.

Os psicomotricistas utilizam sobretudo a observação psicomotora como modo de avaliação (Saint-Cast, 2004). Porém, Loureiro (2011), refere que é fundamental a utilização de instrumentos que retirem informações quantitativas e/ou qualitativas, para se conseguir traçar um perfil do indivíduo bem como um plano de intervenção.

Centrando a atenção nos **gerontes**, quando se faz uma avaliação deve-se ter em conta as capacidades que este indivíduo apresenta e perceber a evolução do seu processo de envelhecimento (Loureiro, 2011). Segundo Loureiro (2011), para se poder fazer uma avaliação psicomotora do geronte deve-se avaliar o seu comportamento em diferentes contextos, as funções mentais, relacionais e funcionais e perceber se existem alterações a nível neuropsicológico.

Tendo como base os objetivos da intervenção psicomotora e uma vez que esta se centra no indivíduo como um todo, é importante avaliar diversas áreas no geronte, para consequente intervenção. Em alguns casos é relevante avaliar a autonomia, a cognição, a funcionalidade, a QV, o equilíbrio e uma parte mais emocional/afetiva (Araújo, 2013; Loureiro, 2011; Michel, Soppelsa e Albaret, 2010; Pitteri, 2004; Saint-Cast, 2004).

Para avaliação psicomotora do geronte, existe o **EGP - Exame Geronto-Psicomotor**. É um instrumento utilizado para despiste e esclarecimento dos diagnósticos estabelecidos (Michel, et. al, 2010; Morais, Fiúza, Santos e Lebre, 2012). É formado por 52 itens, decompostos em 17 domínios, e estes têm em consideração os aspetos quantitativos

e qualitativos da avaliação (Michel, et. al, 2010). Avalia o equilíbrio (estático e dinâmico), a mobilização articular dos membros superiores e inferiores, as praxias e a motricidade fina dos membros superiores e inferiores. Além disso, avalia questões relacionadas com o esquema corporal, i.e., o conhecimento das partes do corpo. Contempla ainda a vigilância do utente, as percepções, a memória (verbal e perceptiva), o domínio espacial e temporal e por fim a comunicação verbal e não verbal. (Michel, et. al, 2010).

De modo a recolher mais informação acerca do utente, aplica-se o Índice de Barthel, a escala de Graffar, o índice de Lawton e o Mini-Mental State Examination. Apenas nos permite tirar algumas conclusões acerca de possíveis dificuldades relacionadas com o seu dia-a-dia atual e anterior, bem como défices cognitivos que já possam existir devido a patologias.

O **Índice de Barthel** é uma escala que avalia a autonomia da utente na realização das atividades básicas do seu quotidiano (e.g. comer, vestir-se, entre outros). Pode ser aplicado por observação direta e/ou questionando o próprio. Não requer material e é de fácil e rápida aplicação (Mahoney e Barthel, 1965 cit. in Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto, 2007). O **Índice de Lawton** avalia o nível de independência da pessoa idosa no que se refere à realização de *atividades instrumentais*, composta por 7 domínios. É de fácil e rápida aplicação (Lawton e Brody, 1969).

Já a **escala de Graffar** avalia as condições socioeconómicas do indivíduo e identifica a sua classe social (Graffar, 1956 cit. in Figueiredo, 2009). Tendo em conta a população portuguesa, esta apresenta 5 graus em cada item (profissão, nível de instrução, fonte de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto da zona de habitação) e serve sobretudo para a caracterização socioeconómica da utente (Graffar, 1956 cit. in Figueiredo, 2009). Por fim o **Mini-Mental State Examination** é um teste de fácil aplicação, com a duração, em média, de 10 minutos, aplicado sobretudo por Psicólogos. Avalia domínios como a orientação, a retenção de informação, o cálculo e a atenção, a nomeação/evocação, a repetição e a compreensão (linguagem), a leitura, a escrita e o desenho (Cockrell e Folstein, 2002). O MMSE não define um diagnóstico clínico (e.g. demência), mas é utilizado para se perceber se existem défices cognitivos no indivíduo (Cockrell e Folstein, 2002).

Para além destes instrumentos foi criado uma escala de observação baseada no EGP e na bateria psicomotora. Esta grelha intitulada de **Grelha de Observação Psicomotora** contém dez domínios que são: Tonicidade e bem-estar, lateralidade, sensações, motricidade fina, estruturação espaço-temporal, competências cognitivas/noções espaciais, noção corporal, AVD, satisfação e aspetos sociais. É

composta por 32 questões de observação e é aplicada em 20 minutos. São avaliados aspetos qualitativos, com respostas “Faz” e “Não Faz”.

1.7.3 Procedimentos éticos.

Todos os nomes de utentes neste documento são fictícios, e para os dois estudos de caso apresentados no relatório, foram feitos dois procedimentos éticos diferentes. Para que fosse possível utilizar os dados da utente Anabela, foi feito um consentimento informado, autorizado e assinado pela utente. No que concerne ao estudo de caso de grupo, foi pedida apenas autorização à orientadora local para que os dados das utentes constassem no relatório, existindo apenas uma autorização informal verbal por parte das utentes, uma vez que sabiam que estavam a ser avaliados e que todos os resultados seriam utilizados apenas em contexto académico.

Assim, estão as condições reunidas para apresentar os estudos de caso das intervenções realizadas em contexto de estágio.

1.8 Estudo de Caso Grupo

Este tópico serve para descrever o grupo escolhido, dos quatro acompanhados. Para recolher informação, foi utilizado uma grelha de observação psicomotora, aplicada na primeira sessão e nas últimas sessões. Além disso, foram consultados os processos das utentes, para retirar as informações mais relevantes.

O grupo é constituído por cinco utentes do género feminino, Carlota, Josefina, Maria, Virgínia e Lucinda, nomes fictícios, tal como pode ser descrito na tabela 6, com idades compreendidas entre os 87 e os 102 e quadros demenciais diversificados. As utentes foram divididas em dois grupos, de modo a que a intervenção fosse mais direccionada.

Tabela 6 – Caraterização do grupo

Utente	Idade	Quadro Clínico
Carlota	95 anos	Doença de Alzheimer
Josefina	87 anos	Demência Vascular
Maria	90 anos	Quadro Demencial Não Especificado
Virgínia	87 anos	Demência Vascular
Lucinda	102 anos	Quadro Demencial Não Especificado

Inicialmente as sessões eram feitas às quintas-feiras, entre as 10h e as 11h, mas por questões profissionais, foram alteradas para as quartas-feiras das 10h às 11h. O grupo teve uma média de participações de três utentes por sessão.

A utente Carlota, entrou para o centro em dezembro de 2010. Apresenta diagnóstico de Alzheimer desde 2014, com um défice cognitivo grave. Anteriormente houve um quadro depressivo, como descrito no processo. Era professora do ensino primário. Ao nível cognitivo, e depois de verificar o resultado do MMSE (13 pontos), observam-se fracas capacidades a este nível.

A utente Josefina, entrou no centro a março de 2014. Em setembro de 2011 teve um AVC isquémico e apresenta um quadro demencial desde 2012, uma Demência Vascular resultante do AVC. Anteriormente estava noutro lar de idosos em Vendas Novas e mudou-se para este, para ficar mais perto dos familiares. É uma utente muito ansiosa. Tem muito pouca visão e desloca-se sozinha, com bengala. Cai frequentemente. Mantém um discurso coerente. Através da aplicação do MMSE apresentou 21 pontos, ou seja, défice cognitivo ligeiro.

A utente Maria, entrou para o centro em março de 2006, apresentando um défice cognitivo moderado. Atualmente apresenta diagnóstico de quadro demencial não especificado. É uma utente com um discurso pouco coerente e que se queixa com muita frequência. Ao nível cognitivo, e depois de verificar o resultado do MMSE (14 pontos), constata-se o défice cognitivo.

A utente Virgínia, entrou no centro em agosto de 2011. Anteriormente esteve 16 anos num lar de idosos. Depois de sofrer um AVC e como consequência do mesmo, apresentou um quadro demencial. Além disso, apresenta hipertensão arterial. Ao nível cognitivo, e depois de verificar o resultado do MMSE (15 pontos) constata-se o défice cognitivo.

A utente Lucinda, entrou no centro em novembro de 2012. Apresenta um défice cognitivo grave e o início de um quadro demencial não especificado. Ao nível cognitivo, e depois de verificar o resultado do MMSE (14 pontos) constata-se o défice cognitivo.

1.8.1 Enquadramento das patologias.

Este tópico serve para comparar as características descritas na literatura com as características das utentes em estudo.

A utente Carlota apresenta um diagnóstico de Doença de Alzheimer. Existem alterações causadas por esta demência que são visíveis nas utentes, tais como as que

serão descritas, de seguida, com mais informação. A utente apresenta perda de memória e défice nas habilidades motoras, tal como descrito pela APA (2013). Nem sempre apresenta uma linguagem coerente, sendo que alguns dias consegue manter uma conversa curta, e por vezes apenas fica surpreendida com a conversa, não respondendo. Estas dificuldades na linguagem são descritas pela APA (2013). Outro dos défices verificados nos utentes com Doença de Alzheimer é o problema na marcha, como descreve Rodriguez (2002). Uma vez que a utente já não realiza marcha, não é possível verificar quaisquer alterações ao nível motor. Não há informação disponível sobre a causa da utente deixar de andar. Tal como foi descrito na literatura por Rodriguez (2002), surgem défices no esquema corporal, verificados nesta utente, uma vez que consegue identificar as partes do corpo, mas não as consegue nomear. Outra das alterações é na capacidade de realizar AVD (Juhel, 2010), evidente nesta utente, uma vez que já não consegue realizar atividades sozinha e sem supervisão. Na literatura retratam as dificuldades e desorientação na escrita, o que se verifica nesta utente (Aubert e Albaret, 2001).

As utentes, Josefina e Virgínia apresentam ambas um diagnóstico de Demência Vascular.

A utente Josefina que tinha como antecedentes um AVC isquémico, apresenta as alterações descritas na literatura (APA, 2000), tais como os problemas de memória, afasia, problemas na marcha e lentidão psicomotora. Não apresenta alterações sociais e mantém um discurso coerente.

Já a utente Virgínia, também com o antecedente do AVC, apresenta problemas executivos, com muitas dificuldades em realizar todas as atividades diárias, e problemas de memória. Apresenta dificuldades sociais, uma vez que já não consegue manter uma conversa coerente. Apresenta também uma lentidão psicomotora nas atividades (APA, 2000).

As utentes, Maria e Lucinda, apresentam um quadro demencial, embora sem especificação. Tendo em conta este diagnóstico, irá ser feito uma comparação com as alterações causadas pelas demências, no geral.

A utente Maria apresenta alterações quer comportamentais quer cognitivas (Mckhann et al., 2001), como perda de memória recente, orientação espaço-temporal e linguagem. Tal como referem a ADI (2009), apresentam alterações de humor e perda gradual de motivação, evidentes na utente. Outro comportamento atípico, claro nesta utente, são as alucinações e o gritar (ADI, 2009). É possível verificar que a utente se encontra no terceiro estágio das demências, o severo. É uma utente dependente de uma

cadeira de rodas para se deslocar, não consegue fazer atividades sem a ajuda de alguém e tem muita dificuldade em comunicar com as pessoas (ADI, 2009).

Já a utente Lucinda, apresenta um quadro diferente da utente anterior. Como se sabe, o processo demencial é heterogéneo e afeta cada um de maneira diferente. Esta utente apresenta alterações na memória e na linguagem (ADI, 2009). Por vezes, ainda consegue formular frases com lógica, embora pouco fale. É uma utente que por vezes apresenta reações de agressividade (ADI, 2009). Não se desloca sozinha, apresentando uma rigidez muscular muito acentuada, sendo que nem consegue estar sentada normalmente. Tem dificuldades na orientação espaciotemporal (ADI, 2009).

Devido às características que as utentes apresentavam, foram sinalizadas pelo serviço de psicologia, que beneficiariam de uma intervenção psicomotora. Para se estabelecer um programa de intervenção de modo a evitar a progressão e manter as capacidades, foi realizada uma avaliação psicomotora.

1.8.2 Avaliação Inicial.

A avaliação decorreu no dia 12 de novembro de 2014 da parte da manhã com uma duração de 60 minutos. As utentes, durante a avaliação, encontravam-se bem dispostas, embora um pouco apreensivas porque não conheciam as estagiárias. A avaliação foi feita com o recorrer a uma grelha de observação feita para as utentes, de modo a avaliar as necessidades e tendo em conta o trabalho que ia ser realizado com elas.

Para o estudo de caso de grupo foi criada uma grelha de observação psicomotora, devido às características do grupo. Foram aplicadas algumas atividades que fosse possível verificar o domínio pretendido, sendo que algumas eram adaptações do EGP.

Durante a avaliação estavam presentes as cinco utentes bem como as duas estagiárias e a psicóloga. Através das atividades aplicadas pelas duas estagiárias, foi possível ir recolhendo a informação.

Após a aplicação da grelha à utente Carlota, verificou-se que apresenta muitas limitações. Ao nível das sensações, estão todas intactas. Ao nível da motricidade fina, apresenta boas capacidades neste domínio, apesar de não conseguir reproduzir com sucesso algumas (e.g. escrita). Ao nível de orientação espaço-temporal, esta capacidade está muito afetada, como seria de esperar devido à DA. Apesar de saber onde são as partes do corpo, não as sabe nomear e daí este resultado na noção de corpo. Ao nível social na sala de estar não conversa com as outras utentes, mas gosta de conversar com a auxiliar de TO, apesar de não manter um discurso fluente e coerente e daí também este

resultado nas competências sociais. Nas restantes áreas, como a tonicidade, a lateralidade e satisfação, não apresenta alterações, sendo cotadas com o maior possível, em cada uma.

A utente Josefina e, após a aplicação da grelha, foi possível verificar as capacidades da utente. Em relação às AVD, satisfação e competências sociais, não apresenta quaisquer alterações. Ao nível sensorial apresenta bom olfato e gosto, além de boa capacidade tátil. Ao nível visual tem muitas dificuldades e nível auditivo apenas ouve do lado esquerdo. Analisando os resultados desta utente, apresenta uma boa motricidade fina, embora com alguma dificuldade em moldar. Já ao nível de estruturação espaço-temporal apresenta desorientação quer no espaço, quer no tempo. Baralha muito o ano atual com a sua idade. Apresenta uma boa noção de corpo, e devido à visão, não consegue reconhecer no outro as partes do corpo. Ao nível tónico, apresenta rigidez muscular e dificuldade em relaxar.

Com a aplicação da grelha de observação à utente Maria, verificou-se que apresenta muitas limitações. Ao nível sensorial apresenta dificuldades olfativas e gustativas, daí esta cotação. Ao nível da motricidade fina, tem muitas dificuldades e apresenta alguns tremores apesar de conseguir pegar em objetos pequenos e transportá-los. Quanto à estruturação espaço-temporal, a utente apresenta muitas dificuldades, não se conseguindo orientar espacialmente nem temporalmente. No domínio da noção do corpo, a utente reconhece e identifica as partes do seu corpo, mas não consegue identificar no outro. Ao nível das AVD a utente já não utiliza os talheres (exceto a colher) e por vezes nem come sozinha, não sendo capaz de realizar nenhuma AVD sozinha. Ao nível de satisfação e bem-estar, é uma utente que já não se interessa pelas coisas. Ao nível social, já não consegue manter uma conversa coerente. Ao nível das noções espaciais, sabe localizar a frente/trás e cima/baixo e apresenta boa lateralidade.

A utente Virgínia apresenta algumas alterações de capacidades. Ao nível sensorial, tem alterações no olfato e no paladar. Ao nível da motricidade fina, apresenta muitas dificuldades, sendo que a mão esquerda está praticamente imóvel, devido ao AVC. Quanto à estruturação espaço-temporal, sabe ordenar os meses, mas não se sabe orientar temporalmente, mas sabe que está num lar, na Parede. Ao nível da noção de corpo a utente identifica e reconhece as várias partes do corpo, quer em si, quer no outro. Apresenta uma boa tonicidade muscular e boas referências ao nível de noção espacial. Ao nível das AVD, faz muito poucas atividades sozinha. Apesar de saber utilizar os talheres, já não os utiliza, só a colher. Só apresentava satisfação às visitas dos filhos e ao saborear

rebuçados, que como ela própria refere, é o que mais gosta. Ao nível social, por vezes tem dificuldade em interagir com pessoas novas.

Na aplicação da grelha à utente Lucinda verificou-se alterações psicomotoras. Ao nível tónico, apresenta hipertonicidade. Ao nível sensorial, apresenta algumas alterações ao nível olfativo e auditivo, sendo que as restantes estão intactas. Ao nível da motricidade fina, consegue utilizar pequenos objetos e manipulá-los, embora sem um objetivo. Ao nível da estruturação espaço-temporal, não se consegue orientar, contudo, sabe a sua idade. No domínio da noção de corpo a utente não conhece reconhecer nem identificar partes do corpo em si e no outro. Quanto às AVD, não consegue realizar nenhuma sozinha. Já não mantém uma conversa coerente. Apresenta satisfação em algumas atividades desenvolvidas pela auxiliar de TO, mas nem todos os dias. Apresenta boas referências ao nível da noção espacial cima/baixo, frente/trás.

1.8.3 Perfil Psicomotor.

O perfil psicomotor é gerado com base na avaliação e observação feitas, quer quantitativa, quer qualificativa, onde se obtém as áreas fortes e as menos fortes das utentes.

Tabela 7 – Perfil psicomotor das utentes do grupo

Utentes	Áreas fortes	Áreas menos fortes
Carlota	Tonicidade Lateralidade Sensações Satisfação e bem-estar	Estruturação Espaciotemporal Noção de Corpo AVD Noções espaciais
Josefina	AVD Noções espaciais Competências sociais Satisfação e bem-estar	Tonicidade Estruturação espaciotemporal
Maria	Lateralidade Noções espaciais Sensações	Competências sociais Satisfação e bem-estar AVD Tonicidade Estruturação espaciotemporal Motricidade fina
Virgínia	Tonicidade Competências sociais Noção de corpo Noções espaciais	Satisfação e bem-estar Motricidade fina Estruturação espaciotemporal
Lucinda	Noções espaciais Lateralidade	Competências sociais Satisfação e bem-estar AVD Tonicidade Estruturação espaciotemporal Noção de corpo

1.8.4 Fase de Intervenção Psicomotora.

Depois de observar as utentes, recolher informação e fazer uma avaliação psicomotora, foi notório a necessidade de intervenção psicomotora, focando o bem-estar, onde se pudessem trabalhar algumas questões cognitivas como a orientação espacial e temporal,

a memória, a atenção e percepção, mas também questões mais sensoriais que promovam uma melhor qualidade de vida. Esta decisão foi tomada em conjunto com o serviço de psicologia, uma vez que são utentes já num estado mais terminal e que necessitam que lhes seja dado conforto e uma melhor qualidade de vida.

Assim, foram definidos objetivos (anexo B) para uma intervenção a médio prazo (oito meses), com frequência semanal. A duração do trabalho em cada objetivo também está descrito neste mesmo anexo. Estes foram escolhidos devido à avaliação e observação das utentes, quer em contexto de avaliação, quer no seu normal quotidiano.

Começou no dia 12 de novembro de 2014 e terminou no dia 24 de junho de 2015. As sessões eram planeadas mensalmente, para esse período. Foram programadas 24 sessões, uma vez por semana. Foram realizadas 23 sessões na sala dos computadores (2.º piso). Uma das sessões não foi realizada porque a estagiária não compareceu no estágio, por razões de saúde.

As sessões foram realizadas na sala de estar do segundo piso do centro. Foram divididas em sessões de 30 minutos cada uma. Uma vez que as utentes eram muito dependentes, houve necessidade de ser um apoio mais individualizado. Na primeira meia hora estavam presentes as utentes Josefina e Virgínia. Na restante meia hora, as utentes Maria, Lucinda e Carlota, embora neste grupo, nem sempre participavam. Uma vez que não tinham satisfação em realizar qualquer atividade, era um processo complicado convence-las a participar, sem causar ansiedade.

Tendo em conta os objetivos programados e já referidos, estes serão explicados de forma mais pormenorizada.

De acordo com a intervenção psicomotora e os fatores psicomotores a ser trabalhados, surgiu a necessidade de intervir ao nível da tonicidade, motricidade fina, estruturação espaciotemporal, integração sensorial, cognição, linguagem e competências sociais.

Ao nível da **tonicidade** e de acordo com as capacidades e alterações apresentadas pelas utentes, este objetivo foi programado para oito meses. Os objetivos específicos passam por adequar o estado tónico das utentes às atividades, bem como o acesso à passividade nas atividades de relaxação. Foram feitas atividades de relaxação (ativas e passivas). Em todas as sessões programadas existiam atividades de relaxação, quer com bolas, com cremes, com tecidos ou simplesmente por ativação muscular. As utentes apresentavam muita hipertonia em algumas regiões do corpo, principalmente nos membros

inferiores e superiores. No caso da utente Lucinda, esta hipertonicidade é visível em todo o corpo. A utente Carlota e a utente Maria, por vezes, apresentavam alguma hipotonicidade, nomeadamente quando estão nas cadeiras de rodas e em deslocação.

No domínio da **motricidade fina**, uma vez que são utentes que passam grande parte do dia na sala de estar sem realizar atividades e são muito dependentes, tornou-se importante tentar trabalhar um pouco a sua autonomia, através deste domínio. Esta foi trabalhada sobretudo nos membros superiores, para manter ou melhorar a precisão dos movimentos das mãos. Todas as sessões programadas implicavam pelo menos uma atividade de motricidade fina, quer no preenchimento do calendário, quer moldar plasticina, quer creme para passar nas mãos, entre outras. O objetivo foi programado para oito meses.

No caso do domínio da **estruturação espaciotemporal**, este foi programado para tentar que as utentes melhorassem a sua estruturação, de maneira a tentarem se orientar no mês e nas épocas festivas. Foi programada para ser trabalhada durante todo o processo de intervenção. Em toda a intervenção, foi criado um calendário para o grupo de modo a que as utentes fossem interiorizando o mês e o dia de semana da intervenção terapêutica.

Ao nível da estimulação **sensorial**, parte fundamental desta intervenção, foi programada para todo o processo de intervenção, alternando entre os vários sentidos e várias maneiras de trabalhá-los. Os objetivos específicos deste objetivo geral passam pelo reconhecimento de sons, de gostos e objetos e identificá-los ou associar a imagens. Uma vez que as utentes se encontram em fases mais avançadas na doença, a intervenção focada nos sentidos é muito importante, uma vez que são as últimas capacidades que este tipo de patologia perde.

A **nível cognitivo**, este objetivo foi proposto para toda a intervenção. Foi trabalhado nas diversas atividades sensoriais, uma vez que a parte sensorial está diretamente ligada à cognição. Este objetivo foi dividido em dois, cada um deles em quatro meses de intervenção. Inicialmente trabalhar mais a atenção e concentração, e posteriormente as capacidades mnésicas verbais e perceptivas. Ao nível mais específico, estes objetivos pretendem que as utentes se concentrem nas atividades e mantenham a atenção nas tarefas. Além disso conseguir recordar as instruções e executá-las, trabalhando a memória.

Ao nível da **linguagem**, este objetivo foi proposto para dois meses de intervenção. Foi inicialmente trabalhado, nos primeiros meses de intervenção. Apesar de ser só programado para dois meses, não apareceu muito efeito positivo, e por isso não foi trabalhado mais.

Por fim o objetivo **das competências sociais**, sobretudo para que as utentes mantivessem um discurso minimamente coerente, se possível e participar ativamente no grupo. Nem todas as utentes eram capazes de manter um discurso coerente, mas conseguiam fazer as atividades, embora não se relacionassem com o grupo. Este objetivo foi trabalhado ao longo de toda a intervenção, com as atividades em grupo.

Após a conclusão do programa de intervenção, foi repetida a aplicação da grelha de observação de modo a avaliar os resultados da intervenção.

1.8.5 Avaliação final.

A avaliação decorreu nos dias 17 e 24 de junho, da parte da manhã, através de observação, com uma duração 60 minutos.

A avaliação nestes dias foi feita apenas a quatro utentes, uma vez que uma delas estava em isolamento, por não se encontrar bem de saúde.

A avaliação à utente Maria foi feita com base na memória das últimas sessões que participou.

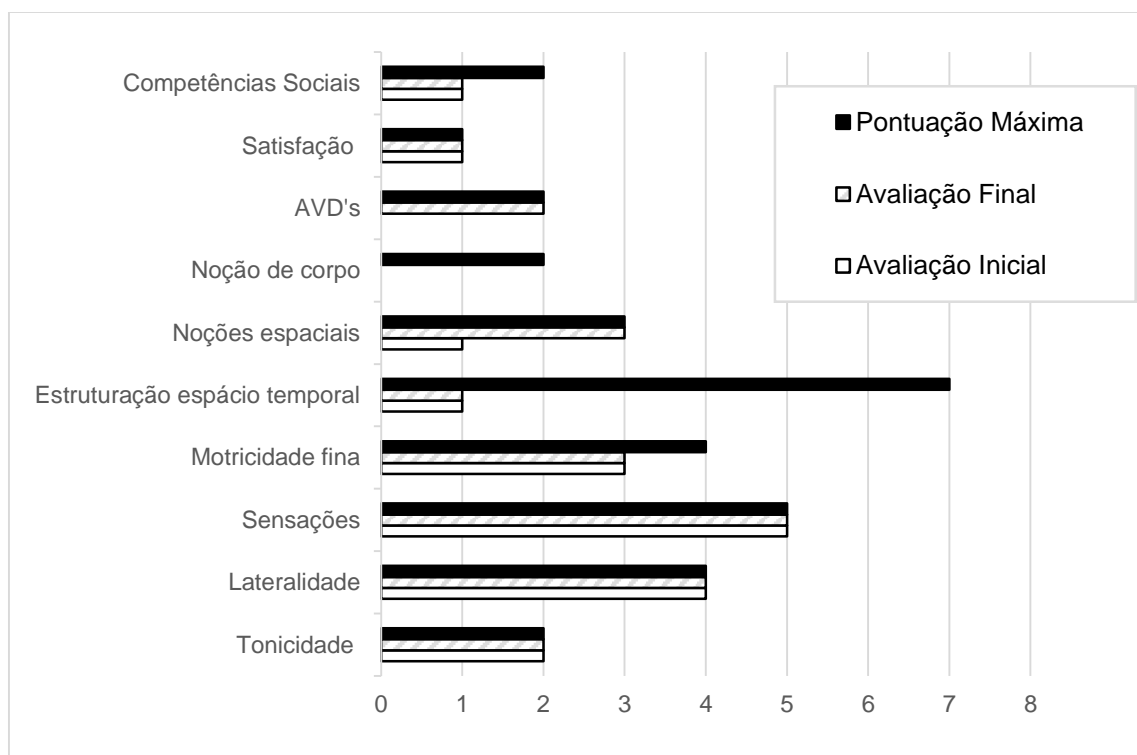


Figura 5 – Avaliação utente Carlota

Após a aplicação da grelha à utente Carlota, verificaram-se alterações nas noções espaciais e uma manutenção nas restantes áreas, como se pode confirmar na figura 5. Isto

averigua-se uma vez que a utente começou a identificar o conceito de cima/baixo e frente/trás, o que no início da intervenção não conseguia fazer.

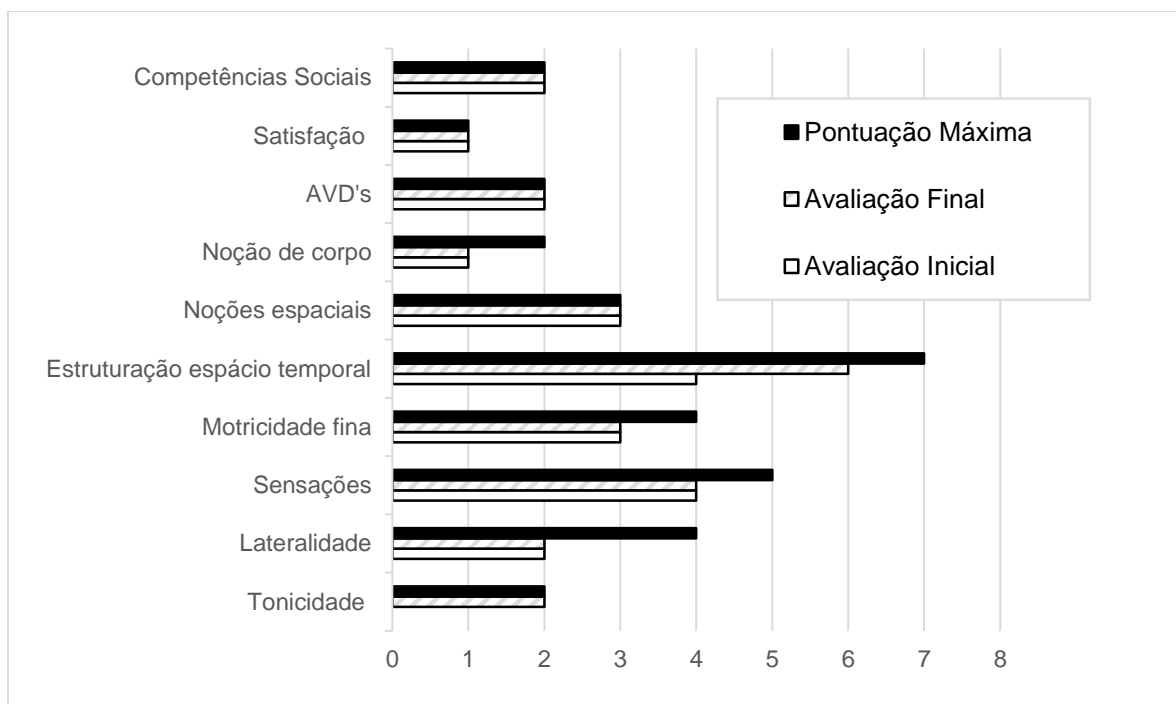


Figura 6 – Avaliação utente Josefina

A utente Josefina, tal como se pode verificar no gráfico, apresentou melhorias na tonicidade e na orientação espaço-temporal. Nas restantes áreas, as capacidades mantiveram-se. A utente já se conseguia orientar no dia de semana e na altura do mês, contudo continua a fazer muita confusão com o ano atual e a sua idade. A utente começou a adaptar melhor o seu estado tónico às situações pretendidas, conseguindo relaxar nas atividades pedidas e não apresentar tanta hipertonicidade nas restantes.

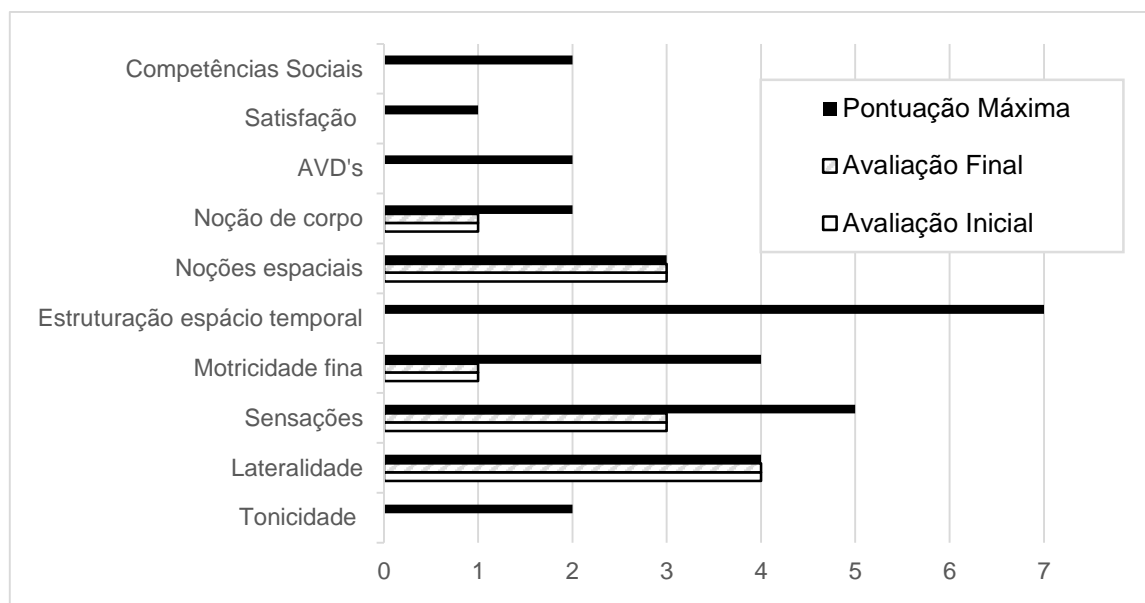


Figura 7 – Avaliação utente Maria

Como se pode apurar no gráfico (ver figura 7), a utente Maria não apresentou quaisquer melhorias, existindo uma manutenção das capacidades iniciais. Esta utente foi avaliada de modo informal umas sessões antes, uma vez que já não participou no grupo nas últimas sessões por estar doente. Apesar de nesta avaliação não serem apresentadas melhorias, nas restantes sessões existiam melhorias ao nível tónico, conseguindo adaptar o seu estado tónico às atividades e relaxar quando era pedido.

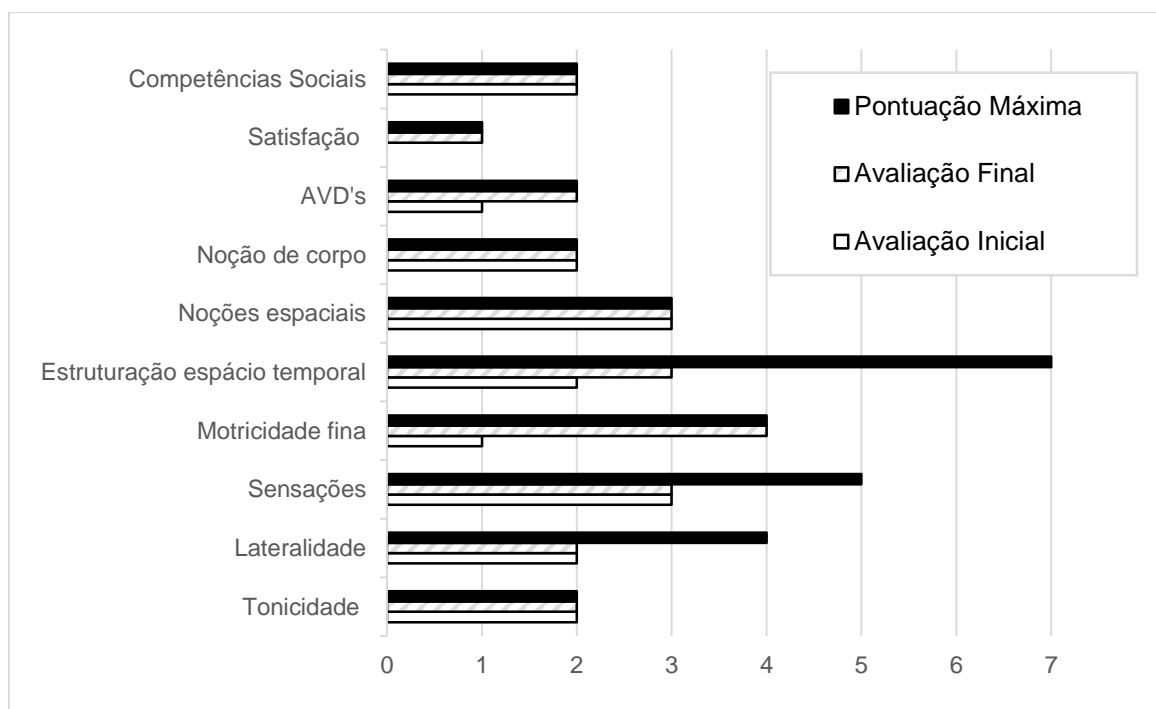


Figura 8 – Avaliação utente Virgínia

Tendo em conta a aplicação da grelha de observação à utente Virgínia, podem observar-se no gráfico as alterações (figura 8). Apresentou melhorias na estruturação espaço-temporal, uma vez que já conseguia reconhecer que à quarta-feira eram as sessões de grupo. Além disso apresentou melhorias na motricidade fina, uma vez que já era capaz de segurar no lápis/pincel de maneira adequada, conseguia moldar plasticina e pegar em objetos mais pequenos com uma preensão fina adequada. Com o decorrer das sessões, começou a apresentar interesse em participar.

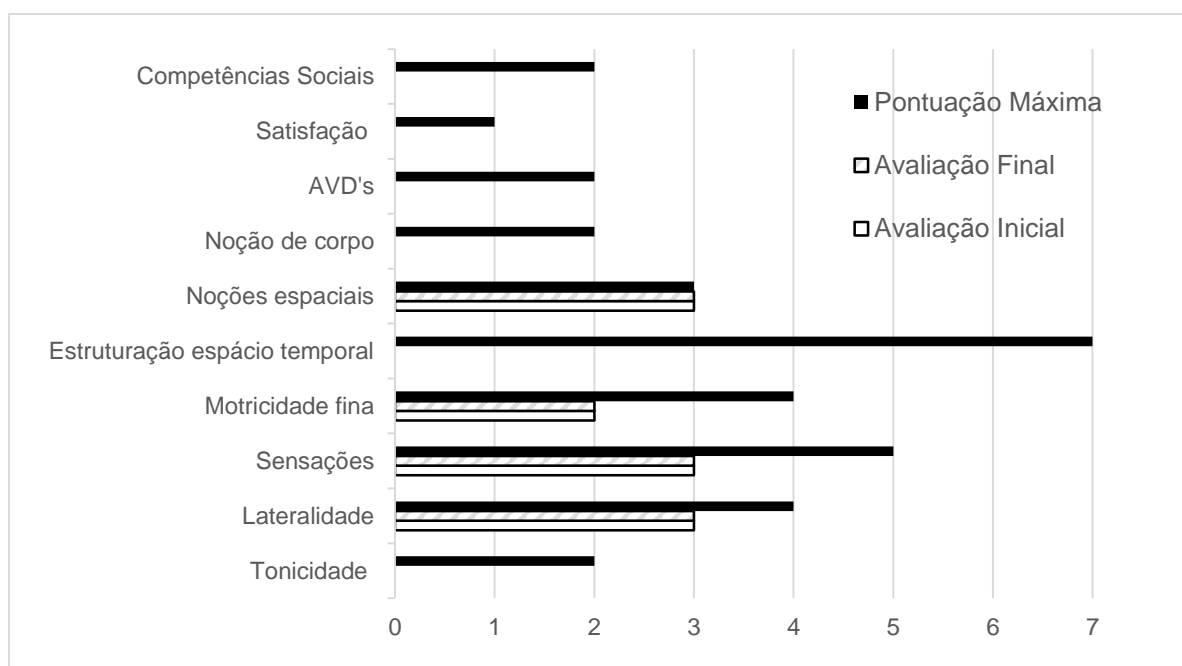


Figura 9 – Avaliação utente Lucinda

A utente Lucinda, tal como se pode verificar no gráfico (ver figura 9), não apresentou quaisquer alterações nos domínios avaliados. Contudo, nas várias sessões houve notórias melhorias ao nível da motricidade fina, uma vez que conseguia moldar plasticina de forma mais precisa e transportar objetos pequenos. Apesar dos grandes esforços para trabalhar a tonicidade com esta utente, não surgiram quaisquer alterações.

1.8.5.1 Análise da Intervenção.

Como se pode verificar no gráfico da figura 10 ocorreram alterações, ao nível da satisfação e bem-estar, AVD's, noções espaciais, estruturação espaciotemporal, motricidade fina, e tonicidade. O objetivo deste grupo era sobretudo permitir bem-estar às utentes na realização destas atividades, contribuindo para uma melhor qualidade de vida.

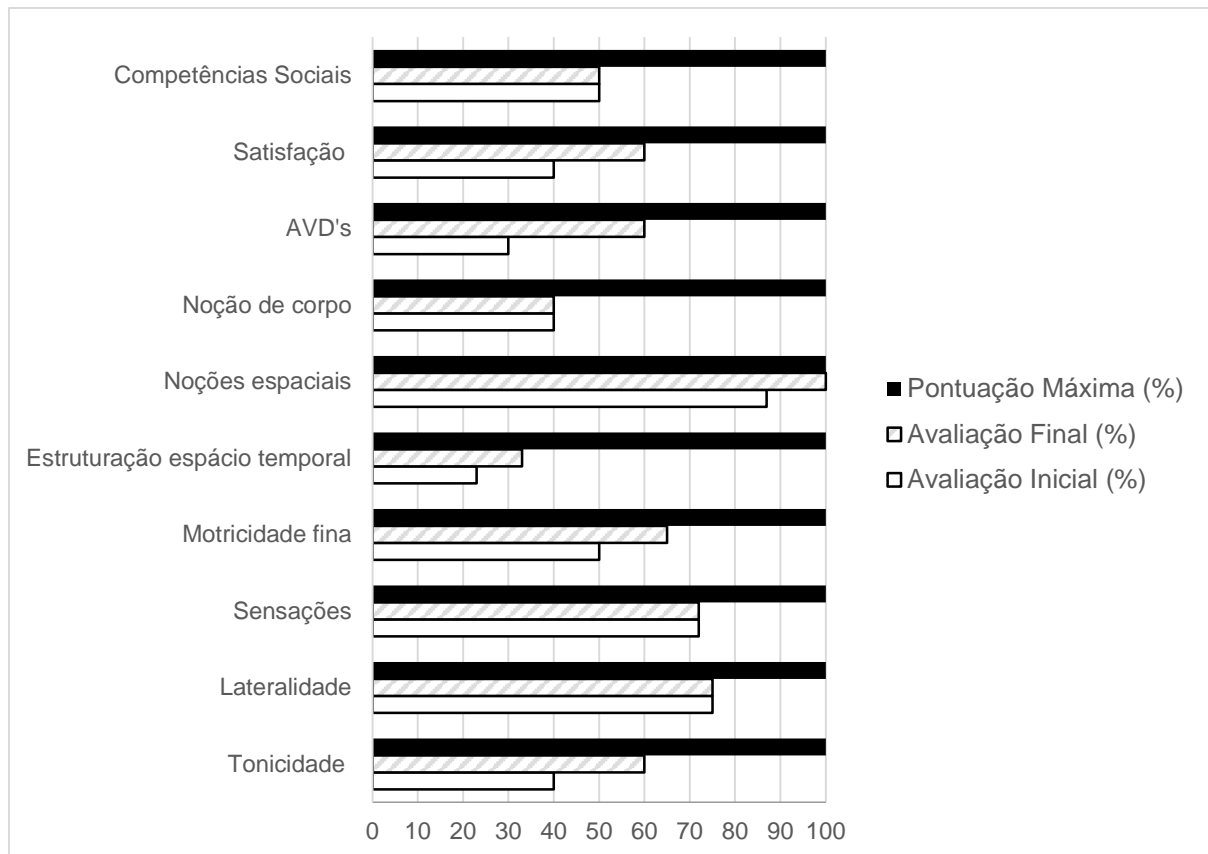


Figura 10 – Avaliação do grupo de intervenção

Uma vez que o processo de intervenção foi finalizado, surge a importância de confrontar os resultados obtidos, com o enquadramento teórico tendo por base os objetivos definidos. Por se tratar de um grupo com vários quadros de deterioração cognitiva diversos, será falado na intervenção psicomotora nos quadros demenciais, no geral.

Vázquez e Mila (2014) referem a importância de um plano de intervenção flexível para se poder adaptar às características da utente. Este plano foi feito tendo em conta as características de cada utente e com o objetivo principal de melhorar a qualidade de vida, com atividades que lhes dessem prazer. Uma vez que se trata de um grupo, foram estabelecidos objetivos globais e níveis de dificuldade, de modo que todas pudessem trabalhar o mesmo objetivo, embora adaptado às suas necessidades.

A intervenção psicomotora visa valorizar as capacidades existentes e explorar outras, permitindo experiências de sucesso que lhes causem prazer (Pereira, 2004). As atividades desenvolvidas eram sobretudo atividades básicas e lúdicas que lhes permitissem explorar objetos, sons, imagens, texturas, de modo a valorizar as suas capacidades, procurando sempre o sucesso.

Segundo Benavente, 1995 citado em Olave-Sepúlveda e Ubilla-Bustamante, (2011) esta intervenção é muito utilizada para aumentar a QV, uma vez que permite, entre outras coisas, prevenir ou retardar os défices cognitivos que estejam associados ao envelhecimento, ou até mesmo impedir o desenvolvimento de um processo demencial. Segundo os resultados podemos observar que esta intervenção permitiu melhorar algumas capacidades, mas sobretudo manter, ou seja, impedindo a detioração de capacidades, importante no processo demencial.

É muito difícil criar uma coesão num grupo de gerontes com demência tal como refere Rodriguez (2002), isso foi evidente no grupo. Contudo, o facto de o grupo ser reduzido, permitiu que houvesse alguma coesão e que as utentes acabassem por se ajudar umas às outras e esperassem pela sua vez.

Uma sessão de intervenção psicomotora para estes gerontes seria, o ideal, 30 ou 45 minutos, diminuindo o tempo caso a deterioração seja mais evidente. (Rodríguez, 2002). As sessões duravam cerca de 30 minutos, e embora o autor referisse que os grupos deveriam ser de 10/12 pessoas, o grupo tinha dois/três utentes, de modo que o acompanhamento fosse mais individualizado e permitisse explorar melhor as suas capacidades, acabando por resultar.

Todas as atividades programadas tinham um grau de dificuldade adaptado a cada uma, como referiu Rodriguez (2002) e eram atividades sobretudo de relaxação, terapias expressivas e atividades de estimulação sensorial.

Rodríguez (2002) refere a importância de utilizar materiais que estimulem a criatividade dos gerontes, nestes quadros demenciais. Procurei durante toda a intervenção utilizar sobretudo imagens reais, papeis coloridos, cartões de categorias (e.g. frutas, animais, objetos) e materiais com diferentes texturas que resultou muito bem com todas as utentes. Para as que tinham dificuldade na visão usava materiais reais ou com texturas, enquanto com as utentes que tinham visão, utilizava imagens reais ou os próprios objetos.

A intervenção sensorial resultou muito bem com estas utentes, sendo que, consegui trabalhar aspetos cognitivos, através do sensorial, uma vez que são dois domínios muito ligados.

1.8.5.2 Reflexão crítica.

Ao longo deste processo de intervenção, deparei-me com algumas dificuldades.

A primeira a superar foi a heterogeneidade do grupo, que foi um grande desafio, mas realizado com muito sucesso. O facto de cada utente apresentar peculiaridades como

a falta de visão, dificuldades auditivas, alterações motoras, entre outras, fez com que tivesse de pensar atividades idênticas, adaptadas a cada uma. Muitas das vezes recorri a materiais feitos por mim que fossem de encontro às necessidades de cada utente. Foi um grupo que deu muito ânimo a preparar as sessões, uma vez que tinha de fazer os meus próprios materiais, semana após semana.

Eram utentes que pouco participavam nas atividades propostas pelos vários serviços existentes na casa. A vertente sensorial, por ser a menos afetada nos quadros demenciais, fez com que fosse possível trabalhar diversos domínios, tendo em conta as capacidades individuais. Ajudou a que algumas colaboradoras, fizessem atividades com as utentes, tendo por base algumas das estratégias dadas pela estagiária.

Apenas uma das utentes se deslocava a pé. Isto fez com que houvesse uma dependência das auxiliares para as colocarem em cadeiras de rodas, de modo que a estagiária as pudesse deslocar para a sessão. Muitas vezes as sessões atrasavam por esta razão. Surgiu a ideia de avisar o dia e hora da sessão para assim deixá-las já em cadeira de rodas, o que agilizou o processo de intervenção.

Por fim, é de salientar a falta de motivação de algumas utentes uma vez que raramente trabalhavam durante o dia. Apenas duas utentes queriam participar sempre nas sessões. Quanto às restantes, durante os primeiros meses houve a necessidade de arranjar várias estratégias para as motivar, normalmente com coisas que elas gostavam. Com o tempo e as estratégias corretas utilizadas, foram-se verificando melhorias.

1.9 Estudo de Caso Individual

Foi aplicada uma anamnese numa entrevista, sendo possível retirar algumas informações acerca da utente.

A utente Anabela, nome fictício, tem 88 anos e é natural de uma pequena aldeia no Algarve.

A utente tem o 12.º ano de escolaridade e frequentou sempre escolas privadas. Disse que trabalhou em Portugal pouco tempo e depois foi para os Estados Unidos da América com o seu segundo companheiro, onde esteve durante alguns anos. Segundo a mesma, casou duas vezes, e teve apenas um filho, que faleceu num acidente. Mencionou que enviuvou cedo, mas não precisou datas. Como membros da família, tem uma nora e uma neta, que vê muito poucas vezes por mês (duas ou três), apesar de estas residirem na Parede, segundo a utente. Daquilo que pude observar, a nora visita-a uma vez por mês, aos domingos, levando-a a passear. Diz que não tem amigas, uma vez que viveu grande

parte da sua vida nos Estados Unidos da América, as suas amigas ficaram lá e muitas já faleceram. Outro dado referido pela utente foi que se tinha reformado aos 40 anos.

Como esteve muitos anos fora apresenta uma pronúncia inglesa com sotaque americano, tendo muitas vezes dificuldade em dizer algumas palavras em Português, recorrendo ao Inglês.

É uma utente que se desloca de andarilho, tendo sido necessário o recurso a este depois de uma queda que deu em 2014, que resultou numa operação ao fémur. Além disso a utente referiu que já tinha sido submetida a algumas intervenções cirúrgicas tais como ao apêndice e ao estômago, tal como está descrito no seu processo.

Ao nível clínico, segundo consta no seu processo, teve um AVC em 2010 e em 2013 foi diagnosticada uma Demência tipo Alzheimer, com défice cognitivo moderado.

Entrou no centro no dia quatro de novembro de 2013. Anteriormente estava noutra lar no Cartaxo, tendo integrado este centro devido ao seu diagnóstico e poder ficar mais perto dos familiares. Já tinha estado em 2010 no centro para a recuperação e reabilitação de um AVC.

Anteriormente, entre 2013 e 2014, dispunha de sessões de fisioterapia e de psicologia (reabilitação cognitiva), mas devido a questões económicas, deixou de frequentar estas terapias, segundo o serviço de psicologia do centro. A utente passou apenas a frequentar os ateliers da Terapia Ocupacional e todas as atividades por este serviço dinamizadas e desde novembro de 2014, às sessões individuais e em grupo dinamizadas pela estagiária de reabilitação psicomotora.

1.9.1 Enquadramento da Patologia.

Muitas foram as características apresentadas no enquadramento teórico acerca da Doença de Alzheimer. Este tópico serve para comparar as características descritas na literatura com as características da utente em estudo.

Ao nível das alterações biológicas e fisiológicas que ocorrem com a Doença de Alzheimer, referidas por Warchol-Celinska e colaboradores (2015), é difícil verificar se os valores da pressão sistólica e diastólica são mais baixos que os normais, uma vez que essa informação é da responsabilidade do serviço de enfermagem, que não a disponibiliza.

Ao nível sensorial, no que toca à visão, tal como diz National Institute on Aging (2011) surgem alterações e são visíveis na utente Anabela, uma vez que apresentava dificuldade em entender as imagens que lhe eram apresentadas. Além disso, tinha algumas

dificuldades em pegar nos objetos, referindo que eram muito pequenos. Ao nível do olfato, ao contrário do que é descrito na literatura por Mesholam et al. (1998) e Murphy (1999), a utente não apresenta dificuldades na identificação de cheiros.

Os défices cognitivos eram evidentes, não só através de observação da utente a conversar com outras utentes durante as sessões, mas também através dos resultados apurados no MMSE (20 pontos). O facto das conversas se tornarem pouco coerentes são notórias na evolução de uma Doença de Alzheimer, visível na utente e referido por Juhel (2010). Segundo os autores Chiviakowski, et. al (2006), Nunes (2009), Juhel, (2010) e Pereira (2004), no envelhecimento normal surgem certos comportamentos associados à perda de memória, como esquecer nomes, esquecer onde colocam os objetos, há uma influência desta perda nos processos mais executivos, apresentam uma baixa capacidade de aprender novos conhecimentos ou tornam-se mais lentos. Como refere Neto, Tamelini e Forlenza (2005), na Doença de Alzheimer ocorrem estas alterações, contudo são mais acentuados e são visíveis na utente.

Ao nível social é uma pessoa que se isola muito. Muitos dias era capaz de estar bem e participar em todas as atividades e falar com as colegas, mas no momento seguinte estava a chorar porque ninguém gostava dela, apresentando dificuldade em controlar as emoções, tal como está descrito por Juhel (2010) e WHO (2012). Algumas vezes também apresentava alguma ansiedade.

Ao nível psicomotor, são evidentes alterações: orientação espaço-temporal, equilíbrio, motricidade global, motricidade fina e praxias.

Do que foi possível observar, a utente apresenta muitas dificuldades na marcha e no equilíbrio, resultante dos problemas nos joelhos e das intervenções cirúrgicas. Ao nível das quedas, pela informação recolhida em literatura, não eram frequentes.

Ao contrário do que está descrito na literatura, a utente não apresenta dificuldades em dizer as partes do corpo, representá-las em si e no outro, não tendo uma imagem distorcida do seu esquema corporal.

No que toca à orientação espaço-temporal, são evidentes as dificuldades da utente, embora as temporais sejam mais notórias. Ao nível do sono como é referido na literatura, estes gerontes têm dificuldade em acertar com os horários. A utente Anabela tem o sono regulado, dormindo de noite e poucas vezes de dia.

Ao nível da motricidade global, a literatura fala acerca de atividades do quotidiano, mais instrumentais. É um pouco difícil de caracterizar a utente, uma vez que, por estar

numa instituição, são as auxiliares que tratam da sua higiene e das atividades mais instrumentais, como cozinhar.

Ao nível da coordenação, daquilo que foi observado e das atividades onde participa, pareceu um processo normal de envelhecimento. Apresenta uma ligeira apraxia, tendo algumas dificuldades em programar a atividade, mesmo em questões mais instrumentais, como lavar os dentes. Depois do AVC, segundo consta no seu processo, apresentou afasia, ainda notória. Contudo, uma vez que já a apresentava desde o AVC não é possível verificar se depois da demência tornou-se mais notória ou não. Apresentava alguma agnosia, em alguns dos objetos que utiliza no quotidiano.

É uma utente com rotinas, de manhã ia sempre tomar o seu café, fazer ginástica e malha para o atelier. Se algo era mudado na sua rotina, causava alguma ansiedade na utente, não sabendo o que fazer depois. A utente utilizava fralda, não por ter incontinência, como pode acontecer na Doença de Alzheimer, mas para evitar alguma perda, uma vez que se desloca lentamente.

Devido às características que a utente apresentava, foi sinalizada pelo serviço de psicologia e de fisioterapia, que beneficiaria de uma intervenção psicomotora. Para se estabelecer um programa de intervenção de modo a evitar a progressão dos efeitos da Doença de Alzheimer e manter as capacidades, foi realizada uma avaliação psicomotora.

1.9.2 Avaliação Psicomotora Inicial.

Para fazer esta avaliação foi aplicado o Exame Gerontopsicomotor, utilizando a versão portuguesa que está a ser validada para a população portuguesa, uma vez que ia de encontro à população e é o teste mais específico na área. Contudo, não é possível fazer comparação à norma, e por isso será usado para comparar entre dois momentos, o inicial e o final.. Foi planeado aplicá-lo na íntegra, contudo, se fossem notórias dificuldades elevadas de visão ou mobilidade, não eram aplicadas as atividades que implicassem imagens (e.g. reconhecimento das partes do corpo em falta na imagem) bem como as atividades de equilíbrio estático e dinâmico, respetivamente.

Para o estudo de caso individual foi utilizado o EGP, versão portuguesa em processo de validação, e a avaliação foi feita no dia 13 de novembro de 2014, da parte da manhã. A utente encontrava-se bem-disposta, contudo um pouco confusa pela avaliação, uma vez que não conhecia as técnicas nem o instrumento. Ao fim de uma breve explicação, a utente quis colaborar. Realizou as atividades com empenho e demonstrou interesse.

O instrumento foi aplicado na sua totalidade, pela ordem sugerida, sem paragens. Foi aplicado durante a manhã, demorando 50 minutos. Posteriormente foram aplicados dois testes de complemento de informação: *Lawton* e *Graffar*, uma vez que os restantes são aplicados anualmente na instituição pela equipa técnica e cederam a informação.

No domínio do equilíbrio, dividido em dois (estático e dinâmico), a utente teve a cotação de quatro no equilíbrio estático I e 0 no equilíbrio estático II. O equilíbrio estático é dividido em duas categorias. Uma vez que a utente utiliza como regime de apoio o andarilho, é cotada com quatro pontos, de seis totais. No equilíbrio estático II devido às suas capacidades, a utente não quis tentar realizar as atividades. Já no equilíbrio dinâmico I, apresentou uma cotação de quatro e no equilíbrio dinâmico II obteve zero. No equilíbrio dinâmico, mais uma vez, devido à marcha da utente ser acompanhada pelo andarilho, é cotado com quatro pontos. A utente não consegue andar mais depressa e recusou fazer esta prova por dizer não ter capacidades de a fazer, sendo a categoria do equilíbrio dinâmico II cotada com zero. Durante todo o processo de intervenção, em nenhum momento a vi andar mais depressa que o normal.

De seguida, no domínio da mobilização articular, a utente teve a cotação de quatro na mobilidade nos membros superiores e de três nos membros inferiores. O que significa que a utente apresentou muitas dificuldades em relaxar os membros, quer superiores, quer inferiores. Ao nível da mobilização articular passiva, nos membros superiores, apenas foi cotada mobilidade nos ombros, uma vez que os restantes movimentos do membro superior foram ativos e não passivos. Nos membros inferiores, devido à hipertonidade, a mobilidade passiva não foi aplicada. Os movimentos de mobilidade articular ativa, foram bem realizados pela utente, quer nos membros superiores, quer nos membros inferiores. Contudo, na segunda semana de intervenção foi feita esta prova para verificar a tonicidade e a utente já apresentou alguma passividade nos tornozelos.

No domínio da motricidade fina, a utente teve a cotação de um na motricidade fina dos membros superiores e de três na dos membros inferiores. Significa que apresentou muitas dificuldades na realização das tarefas, sobretudo nas dos membros superiores, uma vez que não conseguiu abotoar nem desabotoar o casaco que trazia vestido, bem como não conseguiu apanhar uma moeda com apenas dois dedos. Notou-se algum problema em perceber a instrução, o que por vezes dificultou a atividade, uma vez que a demonstração nem sempre é permitida. No caso dos membros inferiores, colocou os pés nas pegadas, contudo talvez por impulsividade, colocou apenas metade do pé, não ficando na forma correta. O pontapear da bola foi realizado bem, com ambos os pés. Já na última

atividade, na colocação dos pés nas pegadas, não percebeu a indicação, realizando-a mal e por isso foi cotado com zero.

No domínio das praxias, a utente teve a cotação de seis o que significa que conseguiu realizar todas as tarefas com a pontuação máxima, apresentando muito boa linguagem não-verbal. Por vezes era necessário referir a instrução de novo, uma vez que a perdia com frequência.

Já no domínio do conhecimento das partes do corpo, a utente teve a cotação de quatro e meio, o que significa que apresentou algumas dificuldades, principalmente no recuperar as posições sem modelo. Uma vez que esta atividade apresentava alguma memória a curto prazo, a utente foi prejudicada por isso. A utente não conseguiu perceber a diferença entre um corpo de costas e um de frente, o que veio a contribuir para a fraca cotação.

No domínio da vigilância, a utente teve a cotação de quatro e meio, o que significa que apesar de ter mantido a atenção ao longo de toda a avaliação, por vezes necessitava de informação extra, uma vez que perdia facilmente a instrução. Além disso, apresentou alguns problemas de atenção ao apanhar o cubo ao sinal, mesmo apesar das várias tentativas, a instrução à atividade, tinha-se perdido. Na evocação de formas e cores, realizou muito bem a atividade.

No domínio da memória, a utente teve a cotação de dois na memória percetiva e de três na memória verbal. Isto significa que as atividades de oralidade foram mais fáceis de recordar, do que as de imagens e/ou posições do corpo. Na memória percetiva, as atividades das cores foram mais simples, já na de evocar posições, não conseguiu acertar nenhuma. Nas atividades da memória verbal, conseguiu evocar as palavras referidas imediatamente, mas posteriormente, nem com repetição nem com uma lista de palavras se conseguiu reconhecer.

No domínio da orientação, a utente teve a cotação de três e meio no domínio espacial e de dois e meio no domínio temporal. O que significa que, ao nível do domínio espacial, a utente tem ainda algumas noções de espaço e deslocação, contudo, como algumas atividades necessitavam de alguma memória a curto prazo, foi mais uma vez prejudicada por isso. Ao nível temporal, a utente não estava orientada para a realidade. Apresentou dificuldades na nomeação dos meses do ano por ordem. Além disso, através de umas imagens, não foi capaz de colocar por ordem o evento.

Na percepção, a utente obteve a cotação de dois, o que significa que ao nível da estruturação rítmica (repetir ritmos) não conseguiu estar atenta e repetir. No reconhecer objetos pelo tato, apresentou alguma dificuldade, não dizendo o nome correto ou o material. Conseguiu nomear as imagens. Já na leitura do texto apresentou alguns erros e demorou, o que não permite que seja cotado o item.

Por fim, no que toca ao domínio da comunicação a utente teve a cotação de cinco, o que significa que durante toda a avaliação apresentou uma linguagem coerente e adequada, nem sempre compreendeu as instruções, mas tinha um rosto expressivo e uma expressão gestual adequada

1.9.3 Perfil Psicomotor.

O perfil psicomotor é gerado com base na avaliação feita, quer quantitativa, quer qualitativa, onde se obtém as áreas fortes e as menos fortes da utente.



Figura 11 – Perfil Psicomotor da utente Anabela (avaliação inicial)

A utente obteve 52 pontos no total da aplicação do EGP (tabela 8) tendo sido identificadas as áreas fortes e menos fortes, descritas na tabela 9.

Tabela 8 – Resultados dos instrumentos aplicados (avaliação inicial)

	EGP	MMSE	BARTHEL	LAWTON
Resultado	52	20	65	23
Data de aplicação	13-11-2014	09-06-2014	17-11-2014	13-11-2014

Tabela 9 – Áreas fortes e menos fortes da utente

Áreas fortes	Áreas menos fortes
Praxias	Motricidade fina dos membros superiores
Comunicação	Memória perceptiva
Conhecimento das Partes do Corpo	Perceção
Vigilância	Domínio Temporal

1.9.4 Fase de Intervenção Psicomotora.

Depois de observar a utente, recolher informação e fazer uma avaliação psicomotora, verificou-se a importância da mesma, no trabalho com a utente. Assim, foram definidos objetivos (anexo 6) para uma intervenção a médio prazo (oito meses), com frequência bissemanal.

Foi solicitado pela equipa de psicologia, responsável pela orientação do estágio no centro, o planeamento das sessões mensalmente, no início de cada mês, para esse período. Foram programadas 50 sessões, duas por semana, e era feito o planeamento mensalmente, das sessões para esse período. A duração do trabalho em cada objetivo também está descrito neste mesmo anexo.

Foram escolhidas estas áreas devido à avaliação e observação da utente, quer em contexto de avaliação, quer no seu normal quotidiano. Os objetivos recaem sobre sete áreas de intervenção, entre elas a tonicidade, o equilíbrio, a estruturação espaço-temporal, a motricidade fina (membros superiores), a cognição (memória, atenção e perceção), a linguagem e as competências sociais.

A intervenção começou a 13 de novembro de 2014, com a avaliação, e a primeira sessão de intervenção psicomotora foi no dia 24 do mesmo mês. Terminou no dia 29 de junho de 2015 com a avaliação final.

Das 50 sessões programadas, foram realizadas 40, sendo que algumas a utente recusava, outras existiam programas dinamizados pelo centro, onde a utente gostava de participar. Quando isto acontecia, devido ao horário completo da estagiária na instituição, era difícil repor estas sessões. Isto é, estas 40 sessões realizadas, nem todas foram às horas previstas, porque pelo menos um terço destas sessões tiveram de ser alteradas devido às festas nas quintas-feiras.

As sessões foram realizadas nas salas de estar dispostas pelo centro ou nas esplanadas, consoante o tipo de sessão e a disponibilidade dos espaços.

Tendo em conta os objetivos programados e já referidos, estes serão explicados de forma mais pormenorizada. Importa referir, que para trabalhar estas áreas menos fortes,

comecei com atividades que valorizavam as áreas mais fortes e os seus interesses, de modo a motivar a utente.

A **tonicidade** foi um dos objetivos trabalhados mais inicialmente, uma vez que é a base dos fatores psicomotores. Foi programado para seis meses, contudo foi trabalhado durante todos os meses de intervenção, variando, ora duas vezes por mês, ora uma. Os objetivos específicos da tonicidade eram sobretudo adequar o estado tónico da utente às atividades, bem como o acesso à passividade nas atividades de relaxação. Foram feitas atividades de relaxação (ativas e passivas) pouco intrusivas, uma vez que a utente ainda não tinha confiança com a estagiária. Por essa mesma razão, este objetivo foi trabalhado nas primeiras sessões com mais pormenor, pontualmente ao longo da intervenção e novamente mais intensamente no fim do prazo de intervenção. Entre as sessões programadas, 20 delas continham atividades de relaxação. A utente apresentava muita hipertonia em algumas regiões do corpo, principalmente nos membros inferiores, talvez também devido à intervenção cirúrgica ao fémur e à sua dificuldade na marcha.

Outro dos objetivos também trabalhado foi o **equilíbrio**. Este objetivo foi programado para ser trabalhado em sessões, durante quatro meses, embora tenha sido feito em apenas dois meses. Além disso foram escolhidos os últimos meses, uma vez que a utente já tinha mais confiança na estagiária, já conseguia apenas apoiar-se nela. Foram feitas menos sessões do que as programadas, porque nem sempre a utente queria realizar atividades em pé e além disso nos últimos dois meses de intervenção e uma vez que outros objetivos como a motricidade fina e a cognição estavam a ter resultados visíveis, foi dado mais enfoque a esses. Os objetivos específicos eram melhorar a base de sustentação, aumentar a amplitude do passo (em co-terapia com a Fisioterapia) e melhorar a marcha. Esta co-terapia foi proposta pelo fisioterapeuta que a acompanhava. Contudo a utente deixou de beneficiar desta intervenção, e por isso a amplitude do passo não foi trabalhada tanto quanto era necessária, uma vez que era para ser trabalhada em conjunto com a fisioterapia e isso acabou por não acontecer. A marcha não melhorou. Poucos foram os exercícios para a marcha, contudo, a utente começou a deixar de usar com tanta frequência o andarilho para se sentar ou levantar ou fazer deslocações curtas (entre 1m e 2m), conseguindo fazê-lo apenas com força exercida nos pés e nas mãos, segurando-se aos móveis/cadeiras.

Um dos objetivos a trabalhar durante todo o processo de intervenção foi a **orientação espaço-temporal**, uma vez que, na Doença de Alzheimer é uma das capacidades mais afetada. Com este objetivo foi proposto, além da orientação temporal e

espacial, a sequencialização de tarefas e programação das mesmas. No início de cada sessão, era sempre feita a orientação para a realidade, embora em todas as sessões fossem feitas atividades diferentes, mantendo sempre alguma coerência e rotina, importante na Doença de Alzheimer. Inicialmente o objetivo era situar-se no dia, depois ordenar os meses e os dias de semana, bem como as estações do ano. De seguida, situar-se num calendário. Este objetivo foi trabalhado em todas as sessões realizadas (40 sessões). Nos primeiros três meses de intervenção, ainda fizemos alguns dias orientação das horas, mas rapidamente a utente deixou de necessitar, uma vez que foi ganhando mais o hábito de ver as horas e já tinha bem presente o conceito de manhã/tarde. Este objetivo da noção de hora foi trabalhado entre os meses de dezembro e fevereiro, em todas as sessões. Quanto à orientação do mês, inicialmente a utente tinha cartões com os meses do ano e deveria ordená-los. Quando já o conseguia fazer, passámos ao patamar seguinte: a escrita dos mesmos, i.e., sem suporte visual. Depois desta etapa concluída passou-se a um calendário anual, onde devia orientar-se segundo as instruções. Assim, criou-se a estratégia do calendário, onde a utente todos os dias de manhã começou a ir verificar o dia, o mês e o ano, no seu próprio calendário

A sequencialização e programação de atividades é um objetivo específico difícil de apresentar resultados, uma vez que é uma das características mais eminentes na DA. Em atividades mais básicas, como o vestir e a higiene, a utente conseguia ordenar os eventos. Quando eram atividades mais instrumentais como o cozinhar já eram mais difíceis. Contudo, e uma vez que também é necessário adaptar o contexto de intervenção ao contexto real da pessoa, resolvi apenas trabalhar sequências de atividades realizadas no dia-a-dia, sozinha ou acompanhada, como o vestir, a higiene, as deslocações e a alimentação. Houve algumas melhorias mas ainda era notório alguma dificuldade em completar a tarefa, quando existia alguma interferência, tal e qual como o descrito na DA.

Outro dos objetivos necessário a ser trabalhado foi a **motricidade fina**. Foi o objetivo que mais enfoque teve e também um dos que melhor resultado causou. Em todas as sessões existiam atividades que envolviam a preensão fina e movimentos mais pequenos e coordenados. O objetivo com este fator era melhorar a precisão e o movimento isolado dos dedos e da mão. Uma vez que começou a ser mais notória esta área menos forte, resolvi dar mais enfoque à mesma. Apesar de ter sido programada para três meses. Foi realizada, com mais intensidade a partir do segundo mês de intervenção e durante seis meses. Embora não fosse o enfoque principal, esteve presente em todas as sessões realizadas. A utente melhorou muito a este nível, visível no seu dia-a-dia, nomeadamente no abotoar, ao colocar os brinco, a maquilhar-se, entre outras.

Outro dos objetivos proposto foi a **estimulação cognitiva**. Apesar de não ser um dos fatores psicomotores, está diretamente relacionada com os mesmos. Além disso, todos os objetivos propostos para esta estimulação, incluíam algum tipo de estimulação motora. Foi um objetivo presente ao longo de toda a intervenção, em todas as sessões. Foi melhorando ao longo do tempo e este foi visível através de algumas aplicações do MMSE, por parte do serviço de Psicologia. Uma vez que foi sendo visível a sua melhoria no seu dia-a-dia, foi mais estimulado. Contudo, com este objetivo pretendia trabalhar a atenção e concentração mas também a memória, quer a perceptiva, quer a verbal. Foram-se notando melhorias na concentração da tarefa bem como nas memórias, embora de uma forma mais visível, na perceptiva.

A **linguagem** foi outro dos objetivos escolhidos, devido à avaliação e à observação que fiz. Foi programada para trabalhar durante seis meses a expressão verbal e um mês a expressão não-verbal. Nos primeiros dois meses de intervenção realizei cerca de quatro sessões ligadas à linguagem verbal, mas verifiquei que a utente apresentava alguma frustração por não conseguir completar as tarefas e que lhe causavam alguma ansiedade, e por isso deixei de trabalhar este objetivo específico. Pontualmente realizava alguns exercícios de linguagem, mas a um nível mais baixo de exigência. Contudo, a associação de nome-imagem foi trabalhada nos seis meses programados, quer isoladamente quer em conjunto com outros objetivos como a motricidade fina. A expressão não-verbal foi logo trabalhada no início da intervenção, cerca de um mês como programado. Não foram notórias quaisquer melhorias ou regressões, uma vez que também foi pouco tempo de intervenção. Tal como a anterior, pontualmente eram feitas algumas atividades ao longo da intervenção, ou para promover bem-estar, ou para ajudar na realização de algum exercício.

Por fim, o último objetivo proposto foi o das **competências sociais**, com a ideia de manter o relacionamento social. Foi programado para ser trabalhado durante seis meses, sobretudo nas sessões em grupo que a utente participava. Foi um objetivo trabalhado todas as semanas, durante cinco meses, através da motivação para participar nestes grupos e conviver com as restantes utentes. Desde Abril, a utente deixou de querer participar nas sessões de grupo porque não se sentia bem em relação às restantes utentes e não sentia que tinha a atenção dada nas sessões individuais. Continuou a participar nas sessões individuais. Era notório o aumento das suas relações sociais, tanto nos *ateliers* como também na sala de estar.

Olhando para os objetivos de uma maneira mais cronológica, tal como descrito na tabela 10, verifica-se algumas alterações.

Tabela 10 – Objetivos da intervenção por ordem cronológica

Meses	Objetivos de Intervenção
Novembro	Tonicidade Orientação espaço-temporal Linguagem Estimulação cognitiva Competências Sociais
Dezembro	Tonicidade Orientação espaço-temporal Linguagem Estimulação cognitiva Competências Sociais
Janeiro	Tonicidade Orientação espaço-temporal Motricidade fina Linguagem Estimulação cognitiva Competências Sociais
Fevereiro	Tonicidade Orientação espaço-temporal Motricidade fina Linguagem Estimulação cognitiva Competências Sociais
Março	Tonicidade Equilíbrio Orientação espaço-temporal Motricidade fina Linguagem Estimulação cognitiva Competências Sociais
Abril	Tonicidade Equilíbrio Orientação espaço-temporal Linguagem Estimulação cognitiva Competências Sociais
Maio	Equilíbrio Orientação espaço-temporal Estimulação cognitiva
Junho	Equilíbrio Orientação espaço-temporal Estimulação cognitiva

No mês de novembro e dezembro, a intervenção decorreu com normalidade, sendo trabalhados todos os objetivos propostos.

Durante o mês de janeiro tendo-se notado um certo retrocesso no processo até então feito. Assim, foi necessário trabalhar todos os objetivos, um pouco mais, com atividades mais simples de modo a permitir o sucesso e motivação da utente.

O mês de fevereiro e março decorreu dentro de normalidade, sendo apenas necessário atividades mais simples, mas para trabalhar os mesmos objetos. O mês de março foi um mês muito inconstante, com muitos avanços e retrocessos e com muita ansiedade por parte da utente, que dificultaram o processo de intervenção.

Essencialmente, a partir do mês de março, foquei a minha intervenção na motricidade fina, na estimulação cognitiva, orientação e equilíbrio, acabando por alterar o que estava planeado inicialmente.

No mês de maio e junho, apesar de não ser um dos objetivos foi trabalhado em cada um, duas vezes, a tonicidade, uma vez que a utente já tinha mais confiança na estagiária, mais facilmente acedia a este tipo de atividades de relaxação.

Após a conclusão do programa de intervenção, foi repetida a aplicação do EGP de modo a avaliar os resultados da intervenção.

1.9.5 Avaliação Psicomotora Final.

A avaliação realizou-se em dois dias, respeitando a pausa. Da mesma maneira que a avaliação inicial, utilizou-se a versão portuguesa que está a ser validada e foi aplicada por mim, da mesma maneira que a anterior. Foi feita no dia 24 de junho de 2015 a primeira parte do instrumento e no dia 29 de junho, do mesmo ano, o restante. No primeiro dia de avaliação a utente estava um pouco em baixo e com algumas dificuldades em prestar atenção às instruções. Queixava-se de dores nos joelhos e que a nora não a vinha visitar. Uma vez que a avaliação era extensa e devido às condições apresentadas pela utente, optou-se por realizar a restante avaliação no segundo dia. Nesse, a utente estava bem-disposta e colaborante. Realizou todas as atividades com boa disposição dizendo até que algumas eram muito fáceis. O segundo dia de avaliação foi mais produtivo, e foram repetidas algumas atividades, devido à sua pouca disponibilidade no primeiro dia de avaliação.

Passando à descrição da avaliação, no equilíbrio, a utente teve a cotação de quatro no equilíbrio estático I, dois no equilíbrio estático II. Já no equilíbrio dinâmico I obteve quatro de seis e no equilíbrio dinâmico II obteve 0. A pequena alteração que existiu foi no equilíbrio estático II uma vez que a utente conseguiu manter-se na ponta de um dos pés e sobre um pé, com ajuda, algo que na primeira avaliação não conseguia fazer.

No domínio da mobilização articular, a utente teve a cotação de cinco e meio na mobilidade articular dos membros superiores e de cinco na mobilidade articular dos membros inferiores. A utente apresentou uma melhoria, quer nos membros superiores quer nos inferiores. Nos membros superiores, dificuldade na mobilização do cotovelo do lado direito, queixando-se de dores. Nos membros inferiores, queixas ao nível dos joelhos, o que não me deixaram avaliar essa parte.

No domínio da motricidade fina, a utente teve a cotação de cinco na motricidade fina dos membros superiores e de seis na motricidade fina dos membros inferiores. Houve boas alterações nos dois domínios. Ao nível dos membros superiores, uma clara melhoria das diversas atividades. A utente continua com muita dificuldade em abotoar, embora tenha conseguido mas fora do tempo. É de salientar que na primeira avaliação, a utente não conseguiu abotoar nenhum botão. Na oponência polegar-dedos, a utente apresentou muitas dificuldades. No caso da motricidade fina dos pés, a utente conseguiu realizar com sucesso todas as atividades.

Nas praxias, a utente teve a cotação de seis, o que significa que conseguiu realizar todas as tarefas com a pontuação máxima, tal como na primeira avaliação.

No conhecimento das partes do corpo, a utente teve a cotação de cinco. Houve uma ligeira melhoria, uma vez que a utente foi capaz de recordar as posições feitas anteriormente, embora não tenham sido todas

No domínio da vigilância a utente teve a cotação de cinco e meio. A utente melhorou da primeira avaliação para agora, conseguindo manter a atenção em grande parte da avaliação e sobretudo, conseguia perceber e executar mais rapidamente a instrução, sem nova explicação. Ao contrário da primeira avaliação, conseguiu apanhar o cubo ao sinal.

Na memória, a utente teve a cotação de cinco e meio na memória perceptiva e de quatro e meio na memória verbal. A utente melhorou em ambas, mais notório na memória perceptiva. Ao nível da recordação das posições, ao contrário da primeira avaliação, conseguiu recordar três das posições e a outra lembrou-se através de pistas. Ao nível da memória verbal, talvez porque já estava um pouco cansada da avaliação, apenas conseguiu recordar duas palavras de imediato, e depois apenas reconhecendo-as numa lista.

Já no domínio da orientação, a utente teve a cotação de quatro e meio no domínio espacial e de cinco no domínio temporal. Ao longo das sessões, a utente tem vindo a demonstrar uma maior orientação para a realidade. Já se consegue situar no tempo e no

espaço e, grande parte das vezes sabe a data correta. Ao nível espacial, apesar de existir uma melhoria, a utente não conseguiu dividir a linha em três partes iguais, tendo necessidade de parar um pouco a avaliação, devido ao bloqueio apresentado. A atividade da sequência de deslocamentos, foi difícil de perceber a instrução, mas assim que conseguiu perceber, fez as três mais fáceis.

No domínio da percepção, a utente teve a cotação de quatro, melhorando o resultado da primeira avaliação. A música não conseguiu cantar nada, já na estruturação rítmica esteve melhor. Esteve melhor também na leitura do texto, não apresentando anomalias e leu no tempo esperado.

Por fim, no domínio da comunicação a utente teve a cotação de cinco, o que significa que durante toda a avaliação apresentou uma linguagem coerente e adequada, nem sempre compreendeu as instruções, mas tinha um rosto expressivo e uma expressão gestual adequada.

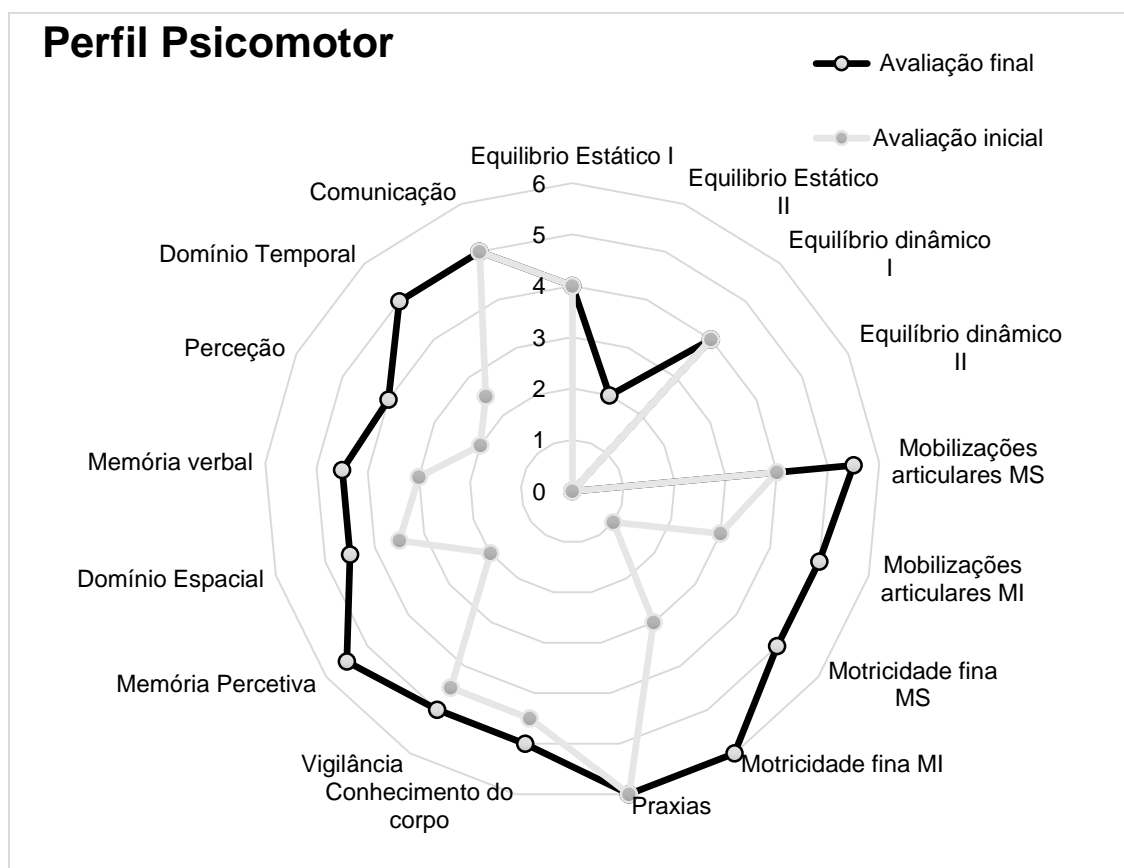


Figura 12 – Perfil Psicomotor da utente Anabela

Tabela 11 – Resultados dos instrumentos aplicados (avaliação final)

	EGP	MMSE
Resultado	78,5	23
Data de aplicação	24 e 29-06-2015	29-06-2015

A utente obteve 78.5 pontos no total da aplicação do EGP, tendo sido identificadas as seguintes áreas fortes e menos fortes, enumeradas na tabela 12, descrita em seguida.

Tabela 12 – Áreas fortes e menos fortes da utente (avaliação final)

Áreas fortes	Áreas menos fortes
Praxias Motricidade fina dos membros inferiores Motricidade fina dos membros superiores Mobilização articular dos membros superiores Mobilização articular dos membros inferiores Memória Perceptiva Comunicação Conhecimento das Partes do Corpo Vigilância Domínio temporal	Motricidade fina dos membros superiores Equilíbrio estático I Equilíbrio estático II Perceção

1.9.5.1 Análise da intervenção.

Como se pode ver na figura 12, não se verifica piores resultados em nenhum dos domínios, o que significa que houve melhorias ou manutenção de capacidades. Houve um aumento ligeiro (e.g. conhecimento das partes do corpo) em alguns domínios e noutros, um aumento mais acentuado (e.g. memória perceptiva).

Tendo em conta o enquadramento teórico deste relatório, bem como os objetivos definidos, surge a necessidade de os confrontar com aquilo que foi feito e perceber a importância desta intervenção na Doença de Alzheimer.

Começando pelos objetivos, estes foram escolhidos através das características demonstradas pela utente na avaliação e no dia-a-dia. Segundo a literatura estudada, Vázquez e Mila (2014) referem a importância de um plano de intervenção flexível para se poder adaptar às características da utente. Aquilo que foi desenvolvido foi um plano com objetivos definidos, que foi sendo alterado consoante a evolução da utente, em que cada semana, era indispensável que houvesse uma rotina, i.e., na mesma semana as sessões eram similares para criar alguma rotina. Estas rotinas nas sessões também são um fator importante na intervenção psicomotora no Alzheimer, tal como referem os autores Vázquez e Mila (2014). Durante cada mês, e uma vez que os planos eram feitos mensalmente, eram escolhidos uma série de objetivos para serem trabalhos e eram programadas as sessões

tendo em conta o processo de evolução da mesma. Quando havia algum tipo de regressão ou estagnação neste processo, eram sempre adaptadas as sessões, indo de encontro à utente. Ainda tendo em conta a importância das rotinas como referiram estes autores, as sessões eram sempre realizadas à mesma hora, nos mesmos dias e no mesmo sítio, de modo que aquele sítio fosse visto como um local de estimulação.

Outro dado importante que parece ter ajudado a utente foi eu começar a usar identificação (nome e profissão). A utente começou a associar-me cada vez mais às sessões de estimulação.

Quanto às características e à maneira como foram trabalhadas, tendo em conta a literatura estudada, os autores Vázquez e Mila (2014) propunham três horas de sessão. As sessões individuais, por experiência própria, não resultam acima dos 45/50 minutos. Contudo, a organização da sessão, sempre que possível, era feita tal como estes autores definiam, inicialmente mais memória e atenção, uma segunda parte mais estimulação cognitiva e por fim a vivência das atividades. No início e no fim de cada sessão, eram marcados por momentos distintos, inicialmente mais orientação e no fim mais partilha e bem-estar.

Tal como foi referido na literatura, por Fonseca (2001) e Juhel (2010), é importante trabalhar a atenção e a memória. Uma vez que eram características necessárias a trabalhar com a utente em todas as sessões existia pelo menos uma atividade que englobasse estes objetivos.

Ao nível mais psicomotor existiam dificuldades na marcha e no equilíbrio, e tal como Fonseca (2001) e Juhel (2010) referem, é importante trabalhar estes níveis, sobretudo o equilíbrio, quer o estático, quer o dinâmico, para prevenir quedas e melhorar a autonomia dos gerontes. Houve um enfoque no equilíbrio, apesar de ser um objetivo que foi trabalhado pouco tempo.

Outro dos objetivos a ser trabalhado foi as competências sociais. Como se sabe os gerontes isolam-se muito e mais ainda se tiverem DA. Tal como refere Juhel (2010) é importante trabalhar estas questões na intervenção psicomotora, capacitando os gerontes, sobretudo no trabalho em grupo, que neste caso concreto ocorreu nas sessões de grupo.

Como se sabe, os gerontes vão apresentando dificuldades em se orientar, no espaço e no tempo. Quando existe uma demência, este processo é mais evidente. Segundo Juhel (2010), é muito importante este trabalho com estes gerontes. Foi notório que, com as estratégias apresentadas, a utente se começasse a orientar mais, quer ao

nível temporal, quer espacial. Porque tal como dizem os autores Vázquez e Mila (2014), a intervenção psicomotora é muito importante para arranjar estratégias que compensem os défices.

Levy (2000) refere a importância de trabalhar questões mais instrumentais do quotidiano. A utente apresentava apraxia, tendo algumas dificuldades em programar a atividade, e tal como este autor referiu, foi importante trabalhar a este nível. Apesar de, na instituição, grande parte das atividades serem realizadas pelas auxiliares, foi importante trabalhar questões como a motricidade fina, que a ajudam a realizar determinadas coisas no dia-a-dia, como alimentação e cuidar de si.

Não foram encontrados estudos que demonstrem a importância de trabalhar a motricidade fina nos gerentes com Alzheimer. Contudo, sabe-se que os gerentes cada vez mais têm dificuldades em realizar atividades precisas ou em pegar objetos pequenos, diminuindo por vezes a autonomia destes. Por essa razão, foi trabalhado em grande parte das sessões este domínio, uma vez que trazia qualidade de vida e melhorava a sua autonomia, sendo estes dois acontecimentos muito importantes na intervenção psicomotora (González, 2001).

Além de todas estas áreas, Fonseca (2001) refere a importância da relaxação nestas sessões. Foi muitas vezes utilizada, quer para melhorar a tonicidade, quer para melhorar a ansiedade que apresentava algumas vezes. Quanto à ansiedade, e uma vez que é característica da Doença de Alzheimer, uma vez que os utentes têm dificuldade em aceitar a doença e Vázquez e Mila (2014) dão uma grande importância ao trabalho desta. Sempre que se mostrava necessário, era trabalhada esta ansiedade, quer com uma conversa mais informal, quer com uma atividade de retorno à calma, quer com relaxação.

1.9.5.2 Reflexão crítica.

Ao longo deste processo de intervenção, deparei-me com algumas dificuldades, umas mais complicadas de gerir do que outras. O facto de não ter muitos materiais e sala de intervenção à disposição fazia com que houvesse a necessidade de improvisar muitos dos materiais e preparar sessões que não envolvessem a utilização de materiais difíceis de transportar.

Por não existir sala, fez com que muitas das minhas intervenções fossem interrompidas por alguns curiosos, quer familiares, quer funcionários. Acabou por trazer aspetos positivos, i.e., as pessoas que paravam para assistir à sessão ficaram a conhecer um pouco do que era a área e a importância deste trabalho. Além disso, obrigou-me a

adaptar as sessões às condições de espaço e com poucos materiais. Por vezes a falta de motivação da utente, nomeadamente à segunda sessão da semana, eram uma luta constante para mim. Durante os primeiros meses tive de arranjar várias estratégias para a motivar, porque nem todas resultavam. Além disso, inicialmente era difícil perceber até que ponto poderia ou não insistir. Com o tempo e as estratégias, foi melhorando. Contudo, a utente acabava por participar e no fim até referia gostar das sessões

Planear mensalmente foi uma luta e desafio para mim. Como já foi explicado, foi uma medida proposta pela orientadora local. Um psicomotricista está habituado a estabelecer objetivos e formular um programa de intervenção e ajustá-lo consoante a evolução ou não do utente. O facto de no início de cada mês ter de pensar em todas as sessões da utente, para aquele período, era necessário programar como seria a evolução da utente nesse mês, fazendo um esforço redobrado para pensar em vários níveis para todas as tarefas que planeava, de modo a poder adaptar à disposição e evolução da utente.

Por vezes as sessões eram alteradas e não eram realizadas nos moldes planeados, devido às evoluções (ou não) da utente. Isto foi positivo pelo simples facto de ter de me adaptar às características da mesma, arranjando estratégias *in loco*, com os materiais que tinha. Acabei por ganhar imensa capacidade de organização, planificação e adaptação.

O facto de não existir o serviço de intervenção psicomotora neste contexto fez com que tivesse de afirmar a profissão, entre profissionais de diversas áreas. Ao fim do estágio, notou-se que era uma intervenção muito pertinente para o contexto, e que, mesmo com tantas atividades que o centro proporciona, era importante a intervenção psicomotora, uma vez que abrange muitas formas de intervenção e adaptação às pessoas e espaços. Contudo, por razões económicas, não foi possível ser contratada, embora tivesse sido recomendada a um lar, onde hoje exerço as funções de psicomotricista.

Para melhor caracterizar a intervenção e demonstrar a importância desta intervenção com esta população, baseei-me em poucos artigos que encontrei, específicos para a nossa área. Há muita dificuldade em encontrar artigos que nos deem exemplos de atividades que resultam com esta população, dentro da nossa área, e daí a dificuldade em contextualizar as minhas justificações. Por isso, tentei procurar por palavras-chave os próprios objetivos, embora noutras áreas como a terapia ocupacional e a psicologia, de modo a conseguir programar uma intervenção mais abrangente e completa.

Quando trabalho com uma população idosa é para mim, muito difícil desligar a parte emocional. São pessoas com mais experiência de vida e que têm muito para ensinar. Além disso, estabelecia associações com situações do foro familiar. Inicialmente a relação

estabelecida estava comprometida devido à associação que fazia entre as utentes e os meus familiares. No fim do estágio já conseguia focar-me só na intervenção e nos benefícios, e não tanto em pensar nas características da patologia.

1.10 Outros Casos Acompanhados

Ao longo do estágio foram acompanhadas outras utentes quer a nível individual, seguindo o mesmo tipo de trabalho do Estudo de Caso, quer a nível grupal, contudo para os efeitos deste relatório, apenas farei uma pequena apresentação dos mesmos.

1.11 Mariana

A utente Mariana, nome fictício, nascida a 18 de novembro de 1926, tendo 88 anos pela altura da intervenção. Estava no centro à cerca de um ano na casa. A utente apresentava um quadro depressivo e um processo de envelhecimento normal

As áreas trabalhadas com esta utente foram sobretudo a tonicidade, a orientação e mobilidade, a estruturação espaço-temporal, aspetos cognitivos, sobretudo a memória, as competências sociais e a auto-estima. Foram trabalhados estes objetivos sobretudo através da parte tátil e auditiva, uma vez que a utente não tinha quase visão. Houve algumas tentativas de trabalhar com a família, sobretudo com a filha, apesar de ter pouco sucesso.

1.12 Isidra

A utente Isidra, nome fictício, tinha 92 anos na altura de intervenção. Estava no centro à cerca de seis anos e apresentava um quadro demencial. A utente apresentava muitas alterações de humor e era agressiva. Aquando da aplicação do EGP, resultaram pontuações muito baixas e por essa razão optou-se por trabalhar aspetos cognitivos como a atenção e a memória, a motricidade fina e a tonicidade, uma vez que apresentava uma elevada hipertonicidade, dificuldade a sua marcha. Apenas intervi um mês com a utente, uma vez que esta faleceu.

1.13 Grupos de Estimulação

Inicialmente foram avaliadas algumas utentes, encaminhadas pela Dra. Paula, Psicóloga do Centro. Tendo em conta a avaliação feita com o EGP e com os resultados do MMSE, aplicados pela psicologia, foram criados quatro grupos distintos, devido às características e capacidades das utentes, sendo em cada grupo trabalhado uma série de capacidades,

de acordo com o grau de défice cognitivo. Em todos os grupos, as utentes eram autónomas para rejeitar a intervenção.

As intervenções foram realizadas entre os meses de novembro e junho. Ao longo da intervenção foram sendo alterados os grupos, entrando ou saindo pessoas, devido a vários fatores, óbitos, novas utentes na casa, necessidade de intervenção, interesse em participar, entre outros.

Muitas vezes as utentes não compareciam às sessões, porque tinham visitas, ou porque coincidia com atividades do centro, ou porque recusavam intervenção.

No **Grupo 1** a intervenção foi desenvolvida em conjunto com a estagiária de Psicologia do centro. Era feito um trabalho que abrange as duas áreas, atividades mais cognitivas e atividades mais psicomotoras, tendo sempre por base um tema em cada sessão. O grupo era constituído por utentes do género feminino, com idades compreendidas entre os 71 e os 96. Ao nível mais clínico, foi um grupo heterogéneo, onde se encontravam patologias como DA, Perturbação Bipolar e Esquizofrenia.

As sessões foram feitas às segundas-feiras, entre as 16h e as 17h. O grupo 1 era constituído por 11 utentes, e teve uma média de participações de sete utentes por sessão.

No **Grupo 3** foram trabalhados aspetos globais com estas utentes, nomeadamente atenção, memória, motricidade e tonicidade. Foram avaliadas inicialmente com o EGP de modo a recolher o maior número de informações das utentes.

O grupo era constituído por oito utentes do género feminino, com idades compreendidas entre os 82 e os 98. Mais uma vez, o grupo era heterogéneo.

As sessões foram feitas às quartas-feiras, entre as 16h e as 17h e teve uma média de participações de quatro utentes por sessão.

No **Grupo 4**, foi muito difícil a intervenção, uma vez que, além das características das utentes serem heterogéneas, existiam sucessivas recusas de participação e houve a necessidade de alterar várias vezes a constituição do grupo.

Inicialmente a intervenção era feita às quintas-feiras, mas foi alterado para as quartas-feiras, das 11h às 12h. O grupo foi constituído por quatro utentes (máximo), havendo períodos em que eram apenas três. As idades estão compreendidas entre os 84 e os 89.

A estimulação ia de encontro às necessidades do dia-a-dia e às questões de locomoção. O grupo teve uma média de participações de duas utentes por sessão. Este foi um grupo de difícil adesão e trabalho em grupo.

1.14 Outras atividades desenvolvidas no CPNSF

Para além da intervenção psicomotora prestada no CPNSF, existiram outras atividades que enriqueceram o meu estágio. Estas atividades permitiram uma melhor integração na instituição e que aumentaram a minha formação pessoal e profissional. Estas foram sobretudo formações, festas e atividades realizados na casa, bem como reuniões:

- **Reuniões de Supervisão** – Em conjunto com a orientadora local, por semana foram feitas duas reuniões informais acerca do estágio e de modo a perceber as dificuldades e como estava a correr a intervenção. Nas segundas, às 15h, era feita uma reunião de balanço do grupo um, desenvolvido pelas estagiárias de Psicologia e Psicomotricidade. Nas quartas-feiras era feita outra reunião de supervisão, apenas sobre a intervenção psicomotora. Eram analisados os planeamentos e relatórios de sessão ao pormenor, de modo a perceber a pertinência das atividades e as principais dificuldades sentidas pela estagiária.
- **Reunião da equipa técnica** – No mês de dezembro participei numa reunião de equipa técnica, com todos os profissionais das várias valências da instituição, onde foram refletidos e alterados os planos individuais dos utentes, bem como realizar novos planos para os utentes mais recentes. Cada utente tem um técnico de referência, tendo em conta as necessidades e capacidades das utentes. Este técnico é responsável pela interligação entre a casa e a família e verificar se o plano está a ser cumprido;

Participei em duas formações da própria instituição:

- **Formação posicionamentos e transferências** – Assisti a uma formação interna, acerca dos posicionamentos e transferências das utentes. Foi dada pelo serviço de Fisioterapia em conjunto com a enfermagem. Houve uma parte teórica e uma parte mais prática. Foi útil para a minha intervenção em diversas utentes;
- **Grupo Famílias Psicopedagógico: Prevenção de quedas** – Todas as primeiras segundas do mês, é feito um encontro onde são abordados alguns temas de interesse para as famílias. Uma vez que se sobrepunha às sessões de grupo da segunda, apenas assisti a uma: Prevenção de quedas. Foi dinamizada pelo serviço de Fisioterapia;

Participei na vida institucional na organização de festas temáticas:

- **Festa de São Martinho** – Participei numa festa temática. Iniciou-se com um texto escrito por uma das utentes, com 98 anos, sobre a reciclagem. Posteriormente foram cantadas algumas músicas e as colaboradoras estiveram a preparar as castanhas para as utentes. Foi um momento de convívio entre as utentes, as colaboradoras, os convidados e os familiares;
- **Festas de aniversários** – Na última quinta-feira de cada mês, é feita uma festa temática para celebrar os aniversários do mês. Na parte da manhã há eucaristia e na parte da tarde, há animações variadas: canções, teatros, entre outros. É um bom momento de convívio entre colaboradores, utentes e familiares;
- **Festa dos santos** – Esta festa é realizada todos os anos e é aberta aos familiares e à comunidade. São convidados vários grupos de animação e é organizada uma marcha pelas utentes e funcionárias da casa, de modo a comemorar os santos.

Participei na vida institucional ajudando pontualmente a dinamizar outras atividades existentes na CPNSF:

- **GPS** – Este grupo consiste em estimular as utentes que estão na sala de estar, quer ao nível motor, quer ao nível cognitivo. É dinamizado pelo grupo de enfermagem da casa. Inicialmente a ideia era articular com a estagiária de modo a que fosse realizado com mais frequência. Devido a problemas no serviço de psicologia e à dificuldade em ter na equipa de enfermagem pelo menos três enfermeiras, este grupo deixou de ser dinamizado;
- **Atelier de Pintura** – Este grupo era dinamizado pela responsável pelo Reiki. Contudo, começou a ser dinamizado pela estagiária de Psicomotricidade. Foram feitos materiais alusivos às épocas, trabalhando sempre a parte motora e cognitiva das utentes. Era dinamizado às segundas-feiras de manhã, das 11h às 12h/12h30, conforme as horas dos almoços. Teve uma média de participação de três utentes por sessão.

2 Projeto: Implementação do serviço de intervenção psicomotora no CPNSF

Nesta parte do relatório é apresentado um projeto para a implementação do serviço de intervenção psicomotora no CPNSF. Desta forma, pretende-se mostrar o objetivo do projeto, a relevância do mesmo e ainda salientar os benefícios que esta intervenção pode trazer à população em análise.

População Alvo: Gerontes em processo normal de envelhecimento e com quadros demenciais

Duração: Implementação no ano letivo de 20014/2015.

2.1 Pertinência do Projeto

A intervenção Psicomotora realizada com a população mais idosa tem como objetivo melhorar o funcionamento e adaptação (Juhel, 2010), valorizando as capacidades existentes e explorando outras (Pereira, 2004). Através destas, pretende aumentar a funcionalidade e autonomia melhorando ao nível psicoafectivo, a autoestima, entre outros (González, 2001). Segundo Benavente (1995) citado em Olave-Sepúlveda e Ubilla-Bustamante, 2011, a intervenção psicomotora permite melhorar a qualidade de vida de cada um, prevenindo ou diminuindo os défices cognitivos e motores associados ao envelhecimento. Além destes benefícios, visa trabalhar aspetos relacionais e perceptivovisuais (Gonzaléz, 2001).

A intervenção psicomotora pode atuar de diversas maneiras, quer preventivo, terapêutico e reeducativo. Isto querera dizer que pode abranger desde gerontes no processo normal de envelhecimento, como no processo patológico (Rodríguez e Llinares 2003 cit in Montañés e Kist, 2011; Fonseca, 2001; Rodríguez, 2002; Vasconcelos, 2003).

Uma vez que as sessões podem ser feitas em grupo, e como refere Juhel (2010) é importante os gerontes manterem as amizades e fazerem novos amigos, estando sempre ativos socialmente, poderá ser trabalhado este aspeto.

A intervenção psicomotora nas demências conduz a uma série de objetivos entre os quais adiar a deterioração das habilidades cognitivas, capacitando-os; encontrar estratégias que compensem os défices funcionais que aparecem no quotidiano, controlar a ansiedade e angústia das mudanças que esta demência acarreta e manter as relações sociais (Vázquez e Mila, 2014).

Em suma, como se pode verificar, existem revisões teóricas que demonstram a importância desta intervenção junto desta população, e com resultados de sucesso.

2.2 Objetivo do Projeto

Este serviço permite melhorar a qualidade de vida dos gerentes, mantendo as capacidades ou potenciando-as. Trabalhando os vários fatores psicomotores, esta intervenção atua a nível social, afetivo, cognitivo, motor e sensorial, através do corpo e das vivências.

O **objetivo geral** da implementação deste serviço passa por promover um espaço seguro e terapêutico que proporcione às utentes diversas sensações de modo a melhorar o seu dia-a-dia.

Como **objetivos específicos** salientam-se a manutenção de capacidades motoras bem como a estimulação psicomotora e sensorial (visão, audição, olfato, paladar e tato), mantendo ou melhorando as competências sociais.

2.3 Organização do Projeto

As utentes seriam avaliadas o instrumento EGP em processo de validação para a população portuguesa, apenas para retirar informações acerca de capacidades. Uma vez que este instrumento pressupõe a aplicação de outras escalas, embora apenas para recolha informação qualitativa, foram aplicadas todas as necessárias. Para as utentes que não fosse possível aplicar o EGP, seria criada uma escala de observação para recolher informação.

Assim que as avaliações estivessem concluídas, seriam confrontados todos os resultados e organizados os grupos. Posteriormente, seriam definidos os objetivos a serem trabalhados em cada grupo, bem como a realização de planos de intervenção.

Seriam planeadas sessões semanalmente para cada grupo, bem como escolher e desenvolver materiais para as sessões, tendo em conta as características de cada grupo ou utente, e dos objetivos propostos para um certo período.

Ao fim dos meses propostos de intervenção, seria feita uma nova avaliação para verificar se existiram melhorias ou manutenção de capacidades.

As sessões psicomotoras seriam desenvolvidas em grupo ou individuais, como se pode observar na tabela 13.

Tabela 13 – Objetivos gerais e recursos materiais por tipo de sessão proposta

Tipo de sessão	Objetivos gerais	Recursos Materiais
Sessão Individual	<p>Estimular os fatores psicomotores; Potenciar a identificação de diferentes estados tónicos; Potenciar a marcha e o equilíbrio; Promover a orientação espaço-temporal; Promover a identificação e reconhecimento de partes do corpo; Estimular a motricidade fina e global; Promover e estimular a perceção, atenção e capacidades mnésicas; Facultar momentos de bem-estar.</p>	<p>Sala Terapêutica com mesa e cadeiras e um espaço amplo para realizar atividades.</p> <p>Exemplos de materiais: Arcos, bolas, folhas, canetas, materiais sensoriais como instrumentos e caixas de cheiros, colchões, entre outros.</p>
Sessão em Grupo	<p>Estimular os fatores psicomotores; Promover a orientação espaço-temporal; Estimulação propriocetiva; Promover e estimular a perceção, atenção e capacidades mnésicas; Potenciar a capacidade de relacionamento social; Promover momentos de bem-estar.</p>	<p>Sala Terapêutica com mesa e cadeiras e um espaço amplo para realizar atividades.</p> <p>Exemplos de materiais: Arcos, bolas, paraquedas, jogos de tabuleiro, cartões com imagens, entre outros.</p>

Uma vez que a instituição não tem sala disponível para a intervenção, existirá a necessidade de escolher, dentro do que existe, uma ou várias salas para a realização da intervenção. A sala terapêutica pode ser comum a vários serviços, necessitando de mesas e cadeiras, um espelho para eventuais sessões e um espaço destinado a guardar material.

Quanto aos materiais necessários enumero bolas, bastões, arcos, cones, tecidos, um espelho, canetas e cores. Os materiais mais específicos para trabalhar certos fatores serão feitos à mão, depois de pesquisas acerca de jogos e materiais indicados para as diversas patologias. Poderão ser feitos jogos de pares para trabalhar a memória, calendários com molas, imagens reais para associar, entre outros, tendo em conta os interesses de cada utente.

2.4 Estratégias globais de intervenção

Neste projeto foram delineadas as seguintes estratégias globais de intervenção:

- Utilizar as áreas fortes e os interesses das utentes para trabalhar áreas mais fracas.
- Utilizar tarefas concretas para as utentes com demência, e caso haja evolução, trabalhar tarefas abstratas e específicas;
- Associar a complexidade das atividades com a evolução da utente
- Constituir relações empáticas;

- Adequar os espaços às características da população;
- Diminuir progressivamente os apoios nas atividades desenvolvidas;
- Promover ações de informação acerca da intervenção psicomotora para os restantes técnicos e auxiliares
- Permitir que haja confiança mútua entre o terapeuta e o sujeito;
- Criação de grupos de trabalho consoante as capacidades psicomotoras

2.5 Implementação e resultados do projeto

Em meados do mês de outubro de 2014 deu-se início ao projeto de implementação do serviço. Começaram-se a recolher, de forma informal, informações sobre os utentes levando em conta os seus interesses, além de se observar os comportamentos dos mesmos, em contexto do dia-a-dia.

Chegando ao fim do estágio, surge a necessidade de verificar o que foi feito. Como eram muitas utentes no CPNSF, foram selecionadas cerca de 30 utentes por parte da psicóloga e do fisioterapeuta do centro, e encaminhadas para nós.

Após o período de avaliações, surgiu a necessidade de organizar a intervenção. No CPNSF, uma vez que é também por ser uma instituição com um número elevado de utentes e para que mais utentes beneficiassem da intervenção, foram formados grupos, tendo em conta as capacidades psicomotoras e as necessidades de cada um.

Após este período inicial em parceria com a estagiária da Casa do Professor, cerca de um mês e meio, e uma vez que a implementação do serviço estava encaminhada, foi desenvolvido o estágio, individualmente, nas instituições destinadas.

Foi desenvolvido um horário com intervenção psicomotora a vários níveis e com diversas populações, de modo a abranger mais pessoas e as que mais necessitavam. Foram também feitos os planos de intervenção para todos os grupos acompanhados, bem como materiais adaptados às sessões.

Verificou-se, durante este período a importância do trabalho em equipa, quer entre técnicos da mesma área, quer técnicos das outras áreas. O facto de inicialmente ter trabalho em conjunto com uma colega da mesma área, e apesar de ambas termos conhecimentos teóricos comuns e visões complementares, tornou importantes os momentos de reflexão críticos, acerca dos planeamentos e intervenção, de modo a que fosse possível um crescimento pessoal e profissional, quer para uma para outra.

O trabalho numa equipa multidisciplinar é muito importante. Contudo, quando na equipa existem técnicos com intervenções complementares, que acabam por se sobrepor

à intervenção psicomotora, torna-se mais difícil mostrar a importância da mesma, tal como aconteceu no CPNSF.

Outro dos condicionamentos encontrado foi a falta de material e espaço adequado às sessões, sendo necessária uma adaptação, quer dos espaços para os tornar mais funcionais e securizantes, quer de atividades que exigissem menos materiais e que fossem exequíveis no espaço predestinado.

Contudo, o projeto de implementação deste serviço foi realizado com sucesso, sendo reconhecido no final do estágio, a importância desta intervenção nos contextos e pelos resultados apresentados, esta pode trazer melhorias à população estudada.

Conclusão

Após o período de estágio no CPNSF, é altura de refletir pessoal e profissionalmente sobre importância deste estágio e da intervenção psicomotora nesta área. A capacidade de refletir sobre os desafios e aprendizagens só é possível porque temos consciência do que foi mais significativo e relevante para o desenvolvimento pessoal.

O envelhecimento é um processo que merece ser estudado e analisado numa perspetiva holística, valorizando as alterações que o processo implica e compreender a forma como compromete o funcionamento individual e a qualidade de vida. Daí a importância da intervenção psicomotora, uma vez que, através da sua capacidade de prevenção e terapêutica, permite ao indivíduo melhorar a sua qualidade de vida mantendo ou melhorando as capacidades funcionais.

Houve uma extrema importância de todos os conteúdos teóricos lecionados nas aulas que me permitiram adaptar as atividades às características de cada quadro clínico, tendo em conta as evoluções de modo a travar essa deterioração. Esta base teórica permitiu-me fundamentar toda a minha intervenção, contudo, a componente prática e a intervenção no contexto institucional foi o que me permitiu melhorar enquanto técnica. Além disso possibilitou-me capacidades para a criação de planos flexíveis às capacidades das utentes, tendo como objetivo a manutenção ou potenciação de atividades. Contudo, o planeamento mensal de sessões foi um grande desafio, uma vez que não era possível prever os avanços e recuos das utentes. Ou seja, o ideal para a intervenção psicomotora seriam planos semanais tendo em conta o plano de objetivos traçados.

Este ano passado no CPNSF fez com que fossem ganhas imensas capacidades quer pessoais, quer profissionais, que resultam de um grande trabalho de pesquisa, entrega e dedicação. É um desafio trabalhar com pessoas que têm muito para nos contar, devido à sua experiência de vida. Não se fazem as sessões para ensinar capacidades novas, realizam-se as sessões para fazê-las sentirem-se seguras, tendo em conta as suas melhores qualidades. O difícil nesta população não é planejar as sessões, é motivá-los para participarem. É permitir um local onde se sintam bem e queiram participar nas atividades. É dar de nós, é criar uma relação terapêutica e saber tirar proveito dela. Inicialmente era muito complicado perceber até onde poderia insistir para que participassem na sessão, que estratégias utilizar para as motivar, para que mantivessem a atenção durante a sessão. Ao longo deste período de estágio foi possível perceber quais as melhores maneiras de cativar uma utente, porque, se para uma, um sorriso bastava, para outra era necessário

sentar-me e conversar um pouco, até porque, intervir com alguém passa por percebermos essa pessoa, por dar de nós ao outro, para que ele perceba que não está sozinho e a sessão não é só um conjunto de atividades. Era muito difícil, emocional e eticamente, para mim, criar uma relação terapêutica, uma vez que revia nas utentes, situações passadas e familiares. Desde cedo foi importante realçar que o estágio seria passageiro, a fim de não criar laços que pudessem ser prejudiciais para as próprias utentes.

Atualmente, consigo perceber que a intervenção psicomotora é fundamental em qualquer equipa multidisciplinar, para combater alterações que ocorrem, quer num processo de envelhecimento normal, quer patológico. Foi possível verificar que se pode intervir de diversas maneiras e criar inúmeros materiais que nos permitam ajudar a pessoa. Apesar de não trabalharmos as AVD indiretamente, trabalhamos fatores que ajudam no dia-a-dia, i.e., ao trabalhar a motricidade fina e a pega, ajudam a que os gerentes possam melhorar o abotoar e desabotoar botões, ou até mesmo alimentarem-se autonomamente. O trabalho multidisciplinar quer com Fisioterapeutas, quer com Terapeutas Ocupacionais, no caso do CPNSF, é fundamental, porque a intervenção psicomotora trabalha aspetos fundamentais que complementam as suas intervenções.

Ao longo deste ano, trabalhei em conjunto com outra estagiária de psicologia e foi de muita relevância verificar a importância de trabalhar em equipa. Inicialmente foi difícil perceber de que maneira estas duas áreas, numa sessão de grupo resultariam. A verdade é que o conceito teórico do transfer de que se fala muito na intervenção, funcionou muito bem neste grupo. Se trabalhamos associação de nomes e imagens, porque não os reproduzir? E todo este trabalho de complementaridade foi fundamental.

Inicialmente, chegar a um local onde não existia a intervenção psicomotora não foi fácil, mas ao mesmo tempo foi muito bom. Permitiu-me explicar o que fazíamos e em que áreas intervínhamos, demonstrando a importância desta área, naquele contexto. Foram feitas muitas pesquisas e visitados outros locais de intervenção, para recolher o máximo de informação e ideias possível a fim de criar um espaço terapêutico confortável e dinâmico. Foi reconhecida a área e a sua importância por parte de todos os profissionais e técnicos, uma vez que complementava os vários serviços terapêuticos que o centro dispunha.

Descobri que a intervenção psicomotora deve dar enfoque à parte sensorial, uma vez que esta intervém na parte cognitiva das pessoas. No Alzheimer, a questão sensorial é muito importante para a formação e reeducação de identidade, uma vez que permite ao outro manter a noção de si, do seu corpo e trabalhar outras capacidades, através das

sensações. A parte sensorial, uma vez que é das últimas capacidades a deteriorar-se nas demências, é uma peça fundamental para trabalhar outras dificuldades que surjam na vida das pessoas.

Se hoje sou a psicomotricista que sou, devo aos dois estágios realizados nesta área e à experiência laboral que tenho, que me permitiu experimentar materiais e atividades, complexificá-las e torná-las cada vez mais psicomotoras. Foi importante perceber como reajo em diversas situações, aprender a adaptar-me com base no que ia ocorrendo a cada momento na sessão. Além disso, saber onde me colocar em cada sessão, como me dirigir, quais as melhores maneiras de apresentar uma instrução, foi um grande crescimento positivo.

Uma grande lacuna neste estágio foi o pouco contacto com as famílias das utentes, uma vez que o trabalho com a família se tem demonstrado cada vez mais fundamental com esta população.

Este estágio refletiu-se como o último espaço de aprendizagem entre o mundo académico e o mundo laboral, daí toda a importância das vivências e experiências passadas durante o ano. Foi uma experiência que me transmitiu muito conhecimento, vivência e bagagem para, num futuro próximo, trabalhar com esta população. As críticas construtivas da orientadora local ajudaram sempre a melhorar, a querer fazer melhor a cada semestre, a cada dia. É importante saber ouvir as opiniões, principalmente quando são para nosso bem, e utilizá-las na nossa evolução enquanto profissionais desta área.

Da mesma maneira que eu levo muitas recordações de sessões e momentos vividos na casa, eu tenho a certeza que as minhas utentes se lembrarão da estagiária que andava sempre bem-disposta e que tinha solução para qualquer problema, mais que não fosse um sorriso para dar, uma ajuda para entrar no elevador, um empurrãozinho na cadeira de rodas, ou um simples “bom dia”. Tenho a certeza que a palavra psicomotricidade não ficará esquecida no centro e que fará recordar bons momentos.

Bibliografia

- Aarsland, D. e Ballard, C. (2004). Psychiatric issues in non-Alzheimer dementias. *Clinical Neuroscience Research*, 3, 397-412. doi:10.1016/j.cnr.2004.04.006
- Alzheimer's Disease International [ADI] (2009). *World Alzheimer Report 2009*. London. Retirado de <https://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport.pdf>
- Alzheimer's Disease Education e Referral Center (National Institute on Aging) (2006). *Guía de la enfermedad de Alzheimer la información que usted necesita saber*. Silver Spring, Md.: Instituto Nacional Sobre el Envejecimiento, Institutos Nacionales de Salud, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Retirado de <http://purl.access.gpo.gov/GPO/LPS75920>
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR* (4th ed.) Washington: American Psychiatric Publishing
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V* (5th ed.) Washington: American Psychiatric Publishing
- Araújo, Á. C. e Neto, F. L. (2014). A nova classificação americana para os transtornos mentais: o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16(1), 67-82. Retirado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1517-55452014000100007escript=sci_arttext
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A. e Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59-66. Retirado a 17/03/2014 de <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2007-2/05.pdf>
- Araújo, R. (2013). *A Avaliação Psicomotora no Geronte* (tese de Mestrado não publicada em Reabilitação Psicomotora. Faculdade de Motricidade Humana/Universidade Técnica de Lisboa). Biblioteca da Faculdade de Motricidade Humana (Quota: Tese M 2712)
- Aubert, E. e Albaret, J. (2001). *Vieillesse et psychomotricité*. Marseille: Solal éditeur.
- Balcombe N. e Sinclair A. (2001). Ageing: definitions, mechanisms and the magnitude of the problem. *Best Practice e Research Clinical Gastroenterology*, 15(6), 835-849. doi:10.1053/bega.2001.0244.
- Barreiros, J. (2006). Envelhecimento, degeneração, desuso e lentidão psicomotora. In Barreiros, J., Correia, P. e Espanha, M. (2006). (Ed.), *Actividade Física e Envelhecimento* (pp.89-104). Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana Edições.
- Bayles, K. A. e Kaszniak, A. W. (1987). *Communication and cognition in normal aging and dementia*. Boston: Little Brown
- Berr, C., Ballard, F., Blain, H., e Robine, J. M. (2012). Vieillesse, l'émergence d'une nouvelle population. *Medecine Sciences*, 28(3), 281-287. doi:10.1051/medsci/2012283016.
- Bishop, N. A., Lu, T. e Yankner, B. A. (2010). Neural mechanisms of ageing and cognitive decline. *Nature*, 464(7288), 529-535. doi: 10.1038 / nature08983
- Bottino, C. M., Carvalho, I. A., Alvarez, A. M. M. A., Avila, R., Zukauskas, P. R., Bustamante, S. E., ... e Camargo, C. H. (2002). Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer: relato de trabalho em equipe multidisciplinar. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 60(1), 70-9. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/anp/v60n1/8234>
- Boyce, J. M. e Shone, G. R. (2006). Effects of ageing on smell and taste. *Postgraduate medical journal*, 82(966), 239-241. doi:10.1136/pgmj.2005.039453.
- Caldas, C. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 733-781. doi:10.1590/S0102-311X2003000300009.
- Cancela, D. M. G. (2007). *O processo de envelhecimento* (Trabalho realizado no Estágio de Complemento ao Diploma de Licenciatura em Psicologia). Universidade Lusíada do Porto. Retirado de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>
- Cardão, S. (2009). *O idoso institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Carrière, Y. e Légaré, J. (1993). Vieillesse démographique et institutionnalisation des personnes âgées : des projections nuancées pour le Canada. *Cahiers québécois de démographie*, 22(1), 63-92. doi: 10.7202/010135ar

- Charles, S. e Carstensen, L. (2009). Social and Emotional Aging. *Annual Review of Psychology*, 61, 383-409. doi: [10.1146/annurev.psych.093008.100448](https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100448)
- Chiviakowski, S., Godinho, M., Melo, F. e Mendes, R. (2006). Aprendizagem e envelhecimento. In Barreiros, J.; Espanha, M. e Correia, P. (Ed.), *Actividade Física e Envelhecimento* (pp.105-111). Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana Edições
- Chui, H. C., Mack, W., Jackson, J. E., Mungas, D., Reed, B. R., Tinklenberg, J., ... e Jagust, W. J. (2000). Clinical criteria for the diagnosis of vascular dementia: a multicenter study of comparability and interrater reliability. *Archives of neurology*, 57(2), 191-196. doi: [10.1001/archneur.57.2.191](https://doi.org/10.1001/archneur.57.2.191)
- Costa, B., Miguel, C. e Pimenta, L. (2007). A Dança na Terceira Idade. *Revista Viva a Idade*. Retirado de <http://vividade.files.wordpress.com/2007/06/danca1.pdf>
- Dain, L. (2011). Que peut apporter la psychomotricité aux personnes âgées dépendantes? Relatório apresentado à Faculdade de Medicina Toulouse-Rangueil da Universidade Paul Sabatier com vista à obtenção do Grau de Psicomotricista. Retirado de <http://www.psychomot.ups-tlse.fr/Dain2011.pdf>
- Damasceno, B. P. (1999). Envelhecimento Cerebral. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 57(1), 78-83. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/anp/v57n1/1541.pdf>
- Erkinjuntti T, Laaksonen R, Sulkava R, Syrjalainen R e Palo J. (1998) Neuropsychological differentiation between normal aging, Alzheimer's disease and vascular dementia. *Acta Neurol Scand*, 74, 393-403. doi: [10.1111/j.1600-0404.1986.tb03532.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0404.1986.tb03532.x)
- Fechine, B. R. A. e Trompieri, N. O. (2012). Processo de Envelhecimento: As principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Revista Científica Internacional*, 1(7), 106-194. Retirado de <http://ucbweb2.castelobranco.br/webcaf/arquivos/15482/10910/envelhecimento.pdf>
- Fernandes, P. (2002). A depressão no idoso. Estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão. Coimbra: Quarteto Editora.
- Figueiredo, M. (2009). Enfermagem de família: um contexto do cuidador. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto. Retirado de http://www.researchgate.net/publication/234107724_Family_Nursing_a_context_of_caring/file/d912f50f2d7fe079ed.pdf
- Fonseca, V. (1985). Construção de um modelo neuropsicológico de Reabilitação Psicomotora. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa.
- Fonseca, V. (2001a). Gerontopsicomotricidade: Uma Abordagem ao Conceito da Retrogénese Psicomotora. In V. Fonseca e R. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 177-219). Lisboa: Edições FMH.
- Fonseca, V. (2001b). *Psicomotricidade: perspectivas multidisciplinares*. Lisboa: Âncora editora.
- Fonseca, V. (2006). *Terapia Psicomotora - estudos casos*. (5th ed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Forbes, W. F., Jackson, A. J. e Kraus, A. S. (1987). Institutionalization of the Elderly in Canada. Canada: Butterworths, Toronto and Vancouver
- Fratiglioni, L., Launer, L. J., Andersen, K., Breteler, M. M., Copeland, J. R., Dartigues, J. F., ... e Hofman, A. (1999). Incidence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. *Neurology*, 54(11). Retirado de <http://europepmc.org/abstract/med/10854355>
- Gallauhe, D. e Ozmun, J. (2005). *Compreendendo o Desenvolvimento Motor: Bebês, Crianças, Adolescentes e Adulto* (3th ed.). São Paulo: Phorte Editora Ltda
- Gilbert, P. E. e Murphy, C. (2004). The effect of the ApoE ε4 allele on recognition memory for olfactory and visual stimuli in patients with pathologically confirmed Alzheimer's disease, probable Alzheimer's disease, and healthy elderly controls. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 26(6), 779-794. doi: [10.1080/13803390490509439](https://doi.org/10.1080/13803390490509439)
- González, J. (2001). Programa de Gerontopsicomotricidad en Ancianos Institucionalizados. In V. Fonseca e R. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 221-250). Lisboa: Edições FMH.

- Guitard, S., Basse, I. e Albaret, J. M. (2005). Evaluation de l'efficacité d'un protocole de rééducation de l'équilibre. *Entretiens de Psychomotricité*, 75-86. Retirado de <http://www.psychomot.ups-tlse.fr/guitard2005.pdf>
- Hammerschmidt, K., Zagonel, I. e Lenardt, M. (2007). Envolvimentos da teoria do cuidado cultural na sustentabilidade do cuidado gerontológico. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(3), 362-367. Retirado de http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/pt_a20v20n3.pdf
- Hillion, A. (2015). Maladie d'Alzheimer et psychomotricité: Un engagement tripartite garant de l'identité des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. In Éric Pireyre (Eds), *Cas pratiques en psychomotricité*, pp. 252-268.
- Imamura, T., Hirano, N., Hashimoto, M., Kazui, H., Tanimukai, S., Hanihara, T., ... e Mori, E. (2000). Fall-related injuries in dementia with Lewy bodies (DLB) and Alzheimer's disease. *European Journal of Neurology*, 7(1), 77-79. doi:10.1046/j.1468-1331.2000.00021.x
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Censos 2011*. Retirado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INEexpgid=ine_destaqueDestaqueDestboui=107624784eDESTAQUEStema=55466eDESTAQUESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística (2014). *Estatísticas Demográficas 201* (pp. 17-34). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP. Retirado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INEexpgid=ine_publicacoesPUBLICACOESpub_boui=210756558ePUBLICACOESmodo=2
- Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (2010). *Carta de identidade da Instituição*. Retirado a 26-10-2014 de http://www.irmashospitaleiras.pt/attachments/carta_de_identidade.pdf
- Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (2012). *Regulamento Funcional Interno - Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima*. Retirado a 20-10-2014 de <http://www.irmashospitaleiras.pt/cpnsf/attachments/article/56/Regulamento%20Funcional.pdf>
- Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (2014a) Centro Psicogeriátrico de Nossa Senhora de Fátima. *Apresentação*. Retirado a 26-10-2014 de <http://www.irmashospitaleiras.pt/cpnsf/apresentacao>
- Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (2014b) Centro Psicogeriátrico de Nossa Senhora de Fátima. *Serviços*. Retirado a 26-10-2014 de <http://www.irmashospitaleiras.pt/cpnsf/apresentacao>
- Jacobs DM, Sano M, Dooneief G, Marder K, Bell KL e Stern Y. (1995) Neuropsychological detection and characterization of preclinical Alzheimer's disease. *Neurology*, 45, 957-962. doi:10.1212/DLN45.5.957.
- Jimenez, J. P. (2002). *Enfermedad de Alzheimer*. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade Veracruzana com vista à obtenção do título de Médico-cirurgião. Retirado de <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/31976/1/perezjimenezjorge.pdf>
- Jiménez, R. A. e García, M. T. M. (2011). Intervención psicomotriz en personas mayores. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia*, 14(10). Retirado de <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3751050.pdf>
- Juhel, J. (2010). *La Psychomotricité au service de la personne âgée: Réfléchir, agir et mieux vivre*. Canadá: Les Presses de L'Université Naval
- Lamas, M. C. e Paúl, C. (2013). O envelhecimento do sistema sensorial: implicações na funcionalidade e qualidade de vida. *Actas de Gerontologia: Congresso Português de Avaliação e Intervenção em Gerontologia Social*, 1(1), 1-11. Retirado de <http://www.actasdegerontologia.pt/index.php/Gerontologia/article/view/34/39>
- Lawton, M.P. e Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9(3), 179-86. doi:10.1093/geront/9.3 Part 1.179
- Levy D. (2000). *Psicomotricidade e Gerontomotricidade na Saúde Pública*. In: Ferreira CAM. *Psicomotricidade – Da Educação Infantil à Gerontologia*. São Paulo: Editora Lovise
- Lopes, A. e Lemos, R. (2012). Envelhecimento demográfico: percursos e contextos de investigação na Sociologia Portuguesa. *Revista da Faculdade de Letras: Sociologia, Número temático*, 13-31. Retirado de <http://hdl.handle.net/10216/64663>
- Loureiro, M. B. (2011) Evaluación Psicomotora en ancianos a la luz de Wallon. *Revista ibero americana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales* (36), 26-32. Retirado de <http://pt.scribd.com/doc/201104337/2011-11-n36-pdf#scribd>

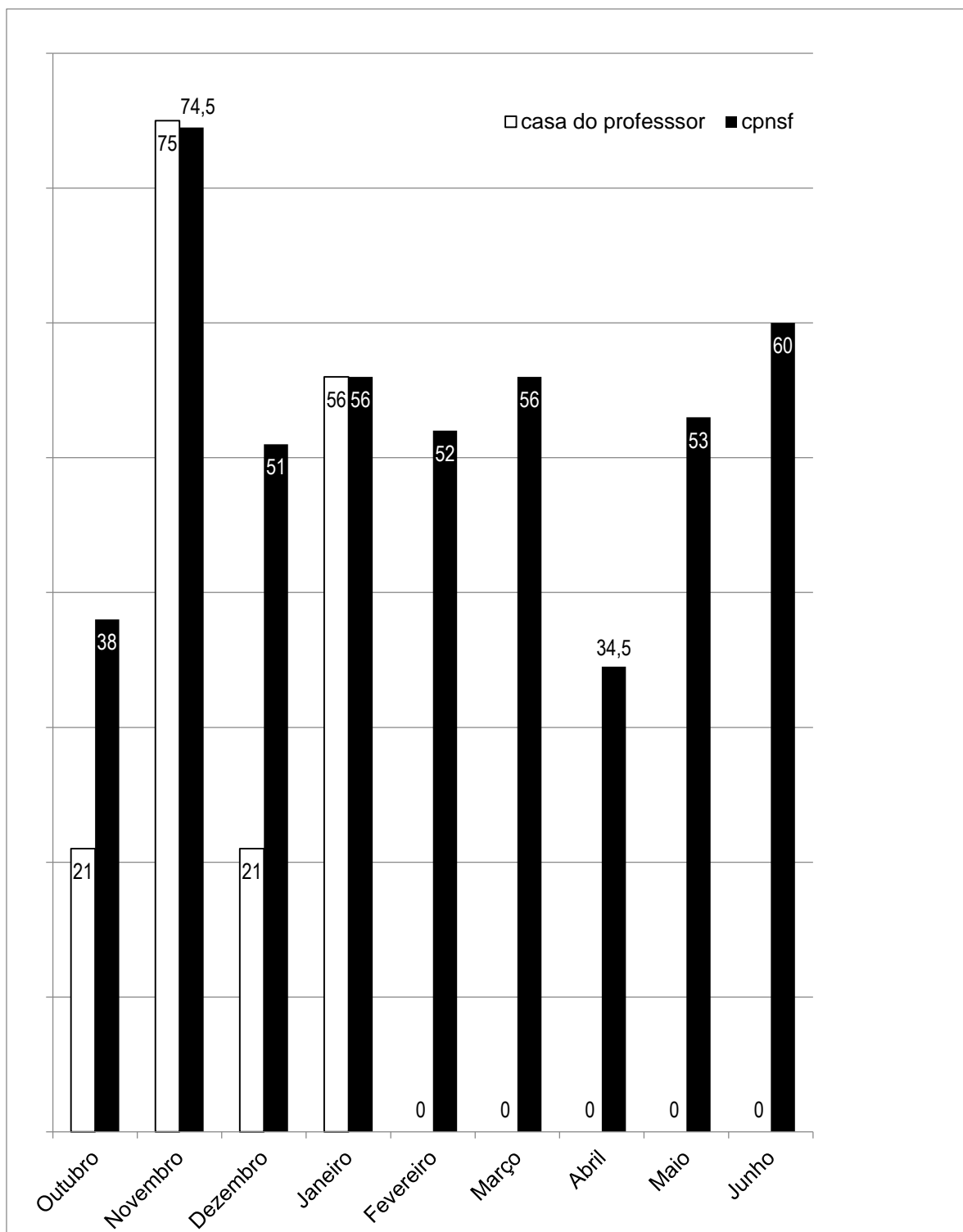
- Marsh, A. P. e Geel, S. E. (2000). The effect of age on the attentional demands of postural control. *Gait e posture*, 12(2), 105-113. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0966-6362\(00\)00074-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0966-6362(00)00074-6)
- Marshall, G. A., Rentz, D. M., Frey, M. T., Locascio, J. J., Johnson, K. A., Sperling, R. A., e Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative (2011). Executive function and instrumental activities of daily living in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Alzheimer's e Dementia*, 7(3), 300-308. doi:10.1016/j.jalz.2010.04.005
- Martín, A. (2007). Gerontologia educativa: enquadramento disciplinar para o estudo e intervenção socioeducativo com idosos. In A. Osório e F. Pinto (Eds.), *As pessoas idosas: contexto social e intervenção educativa* (pp. 47-73). Lisboa: Instituto Piaget
- Martins, R. (2003). Envelhecimento e saúde: um problema social emergente. *Millenium*, 27. Retirado de <http://hdl.handle.net/10400.19/614>
- Martins, R., Simões, C. e Brandão, T. (2014). *Regulamento da Unidade Curricular - Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP) do 2.º ano do mestrado em Reabilitação Psicomotora*.
- McKhann, G. M., Knopman, D. S., Chertkow, H., Hyman, B. T., Jack, C. R., Kawas, C. H., ... e Phelps, C. H. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's e Dementia*, 7(3), 263-269. doi:10.1016/j.jalz.2011.03.005
- Menezes, T. M. O., Lopes, M. L. R. e Azevedo, R. F. (2009). A pessoa idosa e o corpo: uma transformação inevitável. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 11(3), 598-604. Retirado de <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/pdf/v11n3a17.pdf>
- Meshulam, R. I., Moberg, P. J., Mahr, R. N. e Doty, R. L. (1998). Olfaction in neurodegenerative disease: a meta-analysis of olfactory functioning in Alzheimer's and Parkinson's diseases. *Archives of neurology*, 55 (1), 84-90. doi: 10.1001/archneur.55.1.84.
- Michel, S., Soppelsa, R. e Albaret, J. (2010). Pour un légitimité du travail en géronto-psychomotricité - l'Examen Géronto Psychomoteur. *Entretiens de Bichat*, 1-4. Retirado a 15/03/2014 de <http://www.psychomot.ups-tlse.fr/michel2010.pdf>.
- Montañés, M. C. M., e Kist, R. B. B. (2011). La actividad física y la psicomotricidad en las personas mayores: sus contribuciones para el envejecimiento activo, saludable y satisfactorio. *Textos e Contextos*, 10(1), 179-192. Retirado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=321527168014>
- Morais, A. (2007). Psicomotricidade e Promoção da Qualidade de Vida em Idosos com Doença de Alzheimer. *A Psicomotricidade*, 10, 25-33.
- Morais, A., Fiúza, R., Santos, S. e Lebre, A. (2012). Exame Geronto Psicomotor – Manual de aplicação Provisório (tradução e adaptação de Michel, Soppelsa & Albaret, 2010).Morais, A., Novais, R. e Mateus, S. (2005). Psicomotricidade em Portugal. *A Psicomotricidade*, 5, 41-49
- Murphy, C. (1999). Loss of olfactory function in dementing disease. *Physiology e behavior*, 66(2), 177-182. doi:10.1016/S0031-9384(98)00262-5
- National Institute on Aging (2011). *Alzheimer's disease: unraveling the mystery*. Retirado de https://d2cauhfh6h4x0p.cloudfront.net/s3fs-public/Alzheimers_disease_unraveling_the_mystery_0.pdf
- Neto, J. G., Tamelini, M. G. e Forlenza, O. V. (2005). Diagnóstico diferencial das demências. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(3), 119-30. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n3/a04v32n3.pdf>
- Netto, F. L. M. (2004). Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso. *Pensar a prática*, 7(1), 75-84. Retirado de <http://h200137217135.ufg.br/index.php/fef/article/view/67>
- Nunes, M. (2009). Envelhecimento Cognitivo: principais mecanismos explicativos e suas limitações. *Cadernos de Saúde*, 2 (2), 19-29. Retirado de http://www.cadernosdesaude.org/menu/docs/C_Saude_2.2_Envelhecimento.pdf
- Olave-Sepúlveda, C. e Ubilla-Bustamante, P. (2011). Programa de activación psicomotriz en adultos mayores institucionalizados con deterioro cognitivo y depresión. *Psicogeriatría*, 3(4), 173-6. Retirado de <http://files.dra-adela-b-kohan.webnode.com.ar/200000150-e633be72cb/Programa%20de%20activaci%C3%B3n%20psicomotriz%20en%20adultos%20mayores.pdf>
- Oliveira, C., Rosa, M., Pinto, A., Botelho, M., Moraes, A. e Veríssimo, M. (2010). *Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa*. Coimbra: Eurotrials

- Pelletier, L. (1992). Vieillir en institution ou à domicile? Les facteurs associés à l'hébergement des personnes âgées. *Espace, populations, sociétés*, 10(1), 71-86. doi: [10.3406/espos.1992.1513](https://doi.org/10.3406/espos.1992.1513)
- Pereira, B. (2004). Gerontopsicomotricidade: envelhecer melhor – da quantidade à qualidade. *A Psicomotricidade*, (4), 88-93.
- Pereira, E., Saghetto, W., Miranda, M., Velardi, M., Neto, A., Dantas, D.,... e Gama, E. (2010). Comportamento do esquema corporal do adolescente ao idoso. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 7 (1), 20-28. Retirado de <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/998>
- Pimentel, L. (2001). *O Lugar do Idoso na Família: Contextos e Trajectórias*. Coimbra: Quarteto.
- Pitteri, F. (2004). Psychomotor Evaluation. *A Psicomotricidade*, 3, 45-49.
- Ramos, A. R., Dib, S. I. e Wright, C. B. (2013). Vascular dementia. *Current translational geriatrics and experimental gerontology reports*, 2(3), 188-195. doi: [10.1007/s13670-013-0054-5](https://doi.org/10.1007/s13670-013-0054-5)
- Ribeiro, L. D. C. C., Alves, P. B. e Meira, E. P. (2009). Percepção dos idosos sobre as alterações fisiológicas do envelhecimento. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 8(2), 220-227. doi: [10.4025/cienccuidsaude.v8i2.8202](https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v8i2.8202).
- Rodríguez, E. L. (2002). Intervención psicomotriz con pacientes con demencia: una propuesta rehabilitadora. *Revista iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales*, (11), 13-28. Retirado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3742880>
- Rodríguez, J.S. e Llinares, M. L. (2003). *Psicomotricidad y necesidades educativas especiales*. Málaga: Aljibe.
- Saint-Cast, A. (2004). Modalidades de avaliação do perfil psicomotor da criança. *A Psicomotricidade*, 4, 7-21.
- Santos, R. M. F., Santos, P. M. F., Santos, V. L. D. B. e Duarte, J. C. (2013). A qualidade de vida do idoso: o caso da cova da beira. *Revista de Enfermagem Referência*, (11), 37-48. doi: [/10.12707/R111210](https://doi.org/10.12707/R111210)
- Saraiva, J. (2011). Olfacto e envelhecimento. In *Otorrinolaringologia e Envelhecimento* (pp. 101-107). Lisboa: Lidel
- Schumm, L. P., McClintock, M., Williams, S., Leitsch, S., Lundstrom, J., Hummel, T. e Lindau, S. T. (2009). Assessment of sensory function in the national social life, health, and aging project. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 64, 76-85. doi: [10.1093/geronb/gbp048](https://doi.org/10.1093/geronb/gbp048)
- Shephard, R. J. (1997). *Aging, Physical Activity, and Health*. Champaign: Human Kinetics
- Soubiran, G. e Coste, J. (1975). *Psychomotricité et relaxation psychosomatique*. Paris: Doin.
- Souza, R. T., Skubs, T., e Brêtas, A. C. P. (2007). Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem* 60(3), 263-267. doi: [10.1590/S0034-71672007000300003](https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000300003)
- Stelmach, G. E., Zelaznik, H. N., e Lowe, D. (1990). The influence of aging and attentional demands on recovery from postural instability. *Aging Clinical and Experimental Research*, 2(2), 155-161. Retirado de <http://europepmc.org/abstract/med/2095856>
- Street, D. (2007). Sociological Approaches to Understanding Age and Aging. In J. Blackburn e C. Dulmus (Eds.), *Handbook of Gerontology: Evidence-Based Approaches to Theory, Practice, and Policy* (pp. 143-168). New Jersey: John Wiley e Sons, Inc.
- Seeley, R., Stephens, T. e Tate, P. (2003). *Anatomia e fisiologia* (6ª ed.). Lisboa: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas
- Trahan, L. (1989). *Les facteurs associés à l'orientation des personnes âgées dans des établissements d'hébergement: une revue de littérature*. Ouvrage: Québec. Retirado de <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/santecom/35567000025715.pdf>
- Traykov, L., Rigaud, A. S., Caputo, L., Couderc, R., Coste, J., Michot, J. L., ... e Boller, F. (1999). Apolipoprotein E phenotypes in demented and cognitively impaired patients with and without cerebrovascular disease. *European Journal of Neurology*, 6(4), 415-421. doi: [10.1046/j.1468-1331.1999.640415.x](https://doi.org/10.1046/j.1468-1331.1999.640415.x)
- Vasconcelos, M. M. (2003). A Psicomotricidade como promotora da qualidade de vida na terceira idade. *Revista iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales*, (12), 51-60. Retirado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3742583>
- Vázquez, S. e Mila, J. (2014). Gerontopsicomotricidad y enfermedad de Alzheimer: Un modelo de atención al binomio Paciente – Cuidador. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 39, 59-77. Retirado de http://www.cicep.cl/congreso2014/Contenidos_Congreso.pdf#page=59

- Warchol-Celinska, E., Styczynska, M., Prejbisz, A., Przybylowska, K., Chodakowska-Zebrowska, M., Kurjata, P., ... e Barcikowska, M. (2015). Hypertension in patients with Alzheimer's disease—prevalence, characteristics, and impact on clinical outcome. Experience of one neurology center in Poland. *Journal of the American Society of Hypertension*, 9(9), 711-724. doi: [10.1016/j.jash.2015.07.002](https://doi.org/10.1016/j.jash.2015.07.002)
- World Health Organization (2003). *Investing in Mental Health*. Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence. Retirado de http://www.who.int/mental_health/en/investing_in_mnh_final.pdf
- World Health Organization (2006). *Neurological Disorders - public health challenges*. Geneva. Retirado de http://www.who.int/mental_health/neurology/neurological_disorders_report_web.pdf
- World Health Organization (2012). *Dementia: a public health priority*. Retirado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf?ua=1
- World Health Organization (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. Retirado de http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/
- World Health Organization (2015). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision – version 2015*. Retirado de <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en>

Anexos

Anexo A – Horas laborais desenvolvidas no estágio



Anexo B – Plano de objetivos psicomotores do Estudo de caso de grupo

Frequência: semanal

Duração: 8 meses

N.º e duração das sessões: 24 sessões de 60 minutos cada, dividida em sessões de 30 minutos

Área de intervenção	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Exemplos de Atividades	Tempo de intervenção
Tonicidade	Manter ou melhorar as funções tónico-motoras	...o acesso à passividade ... a adequação do estado tónico à atividade	- Mobilização articular ativa e passiva - Relaxação passivas - Relaxação com ativa: bolas e tecidos	8 meses
Motricidade Fina	Manter ou melhorar a motricidade fina dos membros superiores	... os movimentos dos dedos e mão ... precisão dos movimentos	- Cópias de figuras - Moldagem em plasticina - Twist com dedos - Desenhar o simétrico - Associar objetos pequenos a números	8 meses
Estruturação Espaço-Temporal	Manter ou melhorar as noções espaço-temporais	...a orientação espacial ... orientação nas épocas festivas ... criar uma rotina terapêutica com a utente	- Orientação para a realidade - Atividades relacionadas com o tempo festivo - Ordenar meses e dias	8 meses
Sensorial	Manter ou melhorar as capacidades sensoriais	...reconhecer objetos através do tato ... associar imagens a sons ... reconhecer sons ...diferenciar frio/quente e salgado/doce ... reconhecer cheiros familiares	- Associar som a imagem - Associar imagem a cheiro	8 meses
Cognição	Manter ou melhorar a capacidade de atenção e concentração	...os aspetos atencionais ...a concentração na tarefa	- Seguir instruções - Atividades de focalização da atenção - Jogos cognitivos - Atividades de observação de pormenores	4 meses
	Manter ou melhorar as capacidades mnésicas	...a memória verbal ...a memória preceptiva	- Jogos de memória - Jogos de associação - Memória de imagens, textos, objetos, cores... - Evocação dos momentos da sessão	4 meses
Linguagem	Manter ou melhorar a expressão verbal	...a linguagem verbal ...a associação entre objeto e palavra	- Reconhecimento de imagens - Descrição de imagens - Verbalização de palavras consoante a instrução	2 meses
	Manter ou melhorar a expressão não-verbal	... expressão de sentimentos	- reconhecimento de sentimentos em pessoas/imagens - mímica	
Competências sociais	Manter o relacionamento social	... conversar com os outros ... participar ativamente no grupo	- Atividades em grupo	8 meses

Anexo C – Exemplo de Relatório de Sessão de grupo

Data: 26/11/2014

Tempo de sessão: 60 minutos

Área de Intervenção	Atividade e Descrição	Tempo	Materiais	Objetivos Específicos	Estratégias e Adaptações	Dificuldades e Limitações	Comportamentos Observados
Orientação Temporal e Espacial	Consiste em dizer a data correta (dia do mês, dia da semana, mês e ano), nome da instituição, estação do ano e o tempo no exterior.	3'		- Promover a orientação temporal e espacial;	- Dar Pistas sobre o dia; - Promover a verbalização; - Reforçar a instrução.	Uma calendário físico para preencher poderia ser mais concreto, além das perguntas.	Apenas uma das utentes conseguia dizer o mês, de resto nenhuma conseguiu acertar. Referiram sobretudo os meses de verão.
Sentidos: Tacto	A técnica deve apresentar várias texturas, que as utentes devem tocar com as mãos. Deve ser perguntado o que lhes fazem sentir aquela textura e/ou cheiros e o que lhes fazem lembrar. Dependendo do material, sugerir que passem as texturas pela cara.	10'	Vários materiais com texturas	Potenciar a sensibilidade tátil; Promover a estimulação do olfato.	Verbalização Ajuda física.	A utente Josefina, como tinha muitas dificuldades visuais, demorou um pouco mais a reconhecer os objetos. Alguns objetos eram muito pequenos	Na primeira parte da sessão as duas utentes, conseguiram identificar os materiais, mas foi um pouco difícil associar sentimentos às texturas.
Linguagem	É dado um cartão com uma categoria a cada utente e um número. Cada uma deverá dizer um determinado número de coisas tendo em conta a instrução (e.g. 5 frutas, 3 vegetais, etc)	5'	Cartões Números	- Estimular a linguagem - Promover a atenção (dizer o número de palavras corretas) -	- Números feitos em barro. - A categoria deve ser verbalizada para quem não consegue ler.	Alguma dificuldade da utente Josefina reconhecer os números, embora fossem feitos em relevo. Algumas letras eram pequenas para as utentes.	Ambas conseguiram realizar a atividade muito bem, embora a utente Josefina precisasse de apoio verbal e pistas. Na segunda parte da sessão, foi uma atividade muito difícil para as utentes, apenas verbalizando cada uma, uma palavra. Por vezes ouviam e repetiam o que a utente anterior tinha dito.
Reconhecimento	São dispostas várias imagens na mesa. As utentes devem identificar a categoria. É dado a cada utente uma categoria, e deverão identificar que imagens fazem parte da sua.	5'	Cartões Imagens	Estimular a categorização e reconhecimento de objetos	- Demonstração, - Ajuda física,	As dificuldades visuais da utente Josefina fizeram com que esta necessitasse de adaptações e mais atenção na tarefa.	Na primeira parte da sessão a utente Virgínia realizou muito bem a atividade. Já a utente Josefina precisou de mais atenção, mas realizou bem. Na segunda parte da sessão as utentes tiveram muita dificuldade em associar objetos a categorias. Reconheciam o objeto, sabiam para que funcionava mas não sabiam o nome nem a categoria.
Relaxação	Através de uma música relaxante e com o auxílio de uma bolas, as utentes de olhos fechados devem fazer passar a bola pelo corpo, exercendo alguma pressão	5'	Bolas de Ténis	- Promover o bem-estar do utente. - Relaxar o corpo (sobretudo os membros superiores e inferiores)	- Perguntar se está confortável e se está a gostar. Demonstração	Na segunda parte da sessão senti dificuldades uma vez que as utentes não percebiam o que era para fazer.	A utente Josefina fez bem a tarefa já a utente Virgínia precisou de apoio físico. Na segunda parte da sessão, apenas a utente Carlota realizou a atividade corretamente. A utente Lucinda ficou a olhar para a bola.

Anexo D – Grelha de Observação Psicomotora

Esta escala foi feita com o objetivo de observar comportamentos das utentes, quer no início da intervenção, quer no fim. Devido à extensão do EGP e às capacidades apresentadas pelas utentes, já avaliadas pelo MMSE, optou-se pela construção desta escala, avaliando aspectos fundamentais para o dia a dia, bem como aspectos mais psicomotores que possam ser mantidos ou melhorados. Foram consultados dois instrumentos, o EGP e a Bateria Psicomotora para a construção da mesma.

Área/Domínio	Tarefas	Sub Tarefas	Avaliação Inicial		Avaliação Final	
			Faz	Não Faz	Faz	Não Faz
Tonicidade e bem estar	Relaxar os membros superiores	Através de massagem com cremes				
		Com música				
Lateralidade	Ocular					
	Manual					
	Podal					
	Auditiva					
Sensações	Olfactiva					
	Visual					
	gustativa					
	auditiva					
Motricidade fina	tátil					
	Pega na caneta ou lápis					
	Pegar em Objetos pequenos					
	Capacidade de moldar					
Estruturação espaço-temporal	Escrever o seu nome					
	Saber o ano					
	Saber o dia da semana em que se realiza as sessões					
	Saber o mês					
	Saber se situar no mês (início, meio e fim)					
	Ordenar os meses					
	Estruturação Rítmica					
Competências Cognitivas/Noções espaciais	Sequencia do quotidiano					
	Cima/Baixo					
	Frente/Trás					
Noção de Corpo	Grande/Pequeno					
	Conhece as partes do seu corpo					
AVD	Sequencias de ações do dia a dia	Identifica no outro as partes do corpo				
		Ser capaz de executar bem a tarefa de lavar os dentes				
Satisfação	Interesse em participar nas atividades	Saber utilizar os talheres corretos e corretamente				
Social	Regras sociais (cumprimenta, espera pela sua vez)					
	Interação Social					

Anexo E – Exemplo de um Plano de Intervenção Psicomotora Individual

Frequência: Bi-Semanal

Duração: 8 meses

N.º e duração das sessões: 50 sessões de 45 minutos cada uma.

Área de intervenção	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Exemplos de Atividades	Duração	Avaliação
Equilíbrio	Melhorar o equilíbrio estático e dinâmico	... com uma menor base de sustentação ... aumentando a amplitude do passo ... melhorar a marcha	- Apanhar objetos na sala consoante instrução - Com o bastão – passar para um lado e pra onde	4 meses	Aplicação do EGP após 6 meses de intervenção
Tonicidade	Melhorar as funções tónico-motoras	...o acesso à passividade ... a adequação do estado tónico à atividade	- Mobilização articular ativa e passiva - Relaxação passivas - Relaxação com ativa: bolas e tecidos	6 meses	
Motricidade Fina	Melhorar a motricidade fina dos membros superiores	... os movimentos dos dedos e mão ... precisão dos movimentos	- Cópias de figuras - Moldagem em plasticina - Twist com dedos - Desenhar o simétrico - Associar objetos pequenos a números	3 meses	
Estruturação Espaço-Temporal	Melhorar as noções espaço-temporais	...a orientação espacial ... orientação no tempo ... sequencializar ações ... criar uma rotina terapêutica com a utente	- Orientação para a realidade - Divisão em partes iguais - Copiar/reproduzir o igual - Sequenciar ações - Repetição de estruturas rítmicas - Construção de um calendário pessoal - Ordenar meses e dias	6 meses	Aplicação da EGP após 6 meses de intervenção
Cognição	Melhorar a capacidade de atenção e concentração	...os aspetos atencionais ...a concentração na tarefa ... questionar no decorrer da tarefa como vai fazer e o que vai utilizar	- Seguir instruções - Atividades de focalização da atenção - Jogos cognitivos - Atividades de observação de pormenores	6 meses	
	Melhorar as capacidades mnésicas	...a memória verbal ...a memória preceptiva	- Jogos de memória - Jogos de associação - Memória de imagens, textos, objetos, cores... - Evocação dos momentos da sessão	6 meses	
Linguagem	Melhorar a expressão verbal	...a linguagem verbal ...a associação entre objeto e palavra	- Reconhecimento de imagens - Descrição de imagens - Verbalização de palavras consoante a instrução	6 meses	
	Melhorar a expressão não-verbal	... expressão de sentimentos	- reconhecimento de sentimentos em pessoas/imagens - mimica	1 mês	
Competências sociais	Melhorar a auto estima	...autoconfiança ...valorizar-se	- Auto-retrato - Identificar qualidades em si	2 meses	
	Manter o relacionamento social	... conversar com os outros ... participar ativamente no grupo	- Atividades em grupo	6 meses	

Anexo F – Exemplo de Planeamento de uma Sessão Individual

Data: 27/11/2014

Tempo de sessão: 50 minutos

Área de Intervenção	Atividade e Descrição	Tempo	Materiais	Objetivos Específicos	Estratégias e Adaptações
Orientação Temporal e Espacial	<p>Orientação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consiste em dizer a data correta (dia do mês, dia da semana, mês e ano), nome da instituição, estação do ano e o tempo no exterior. - Completar a cartolina de Orientação - Ordenar dias da semana e meses do ano - Identificar as horas 	10'	Cartolina da Orientação	Promover a orientação temporal e espacial;	<ul style="list-style-type: none"> - Dar Pistas sobre o dia; - Promover a verbalização; - Reforçar a instrução.
Motricidade Fina	<p>Twister</p> <p>É colocado um tabuleiro de twister adaptado para as mãos/dedos. E dois</p>	5'	Twister (para os dedos)	Estimular a motricidade fina Noção de corpo	<ul style="list-style-type: none"> - Dar pistas; - Ajudar no reconhecimento dos dedos
	<p>Imagens preenchidas</p> <p>É dado uma folha com um desenho só em contorno. A utente deve colocar pedras ou materiais pequenos em cima da linha, de modo a preencher.</p>	5'	Pedras Imagens com contornos	Estimular a motricidade fina Trabalhar a atenção	- Feedback positivo
Sequencias	A estagiária apresenta 4 frases que a residente deve pôr por ordem	10'		Estimular competências nas AVD	- Questões e Pistas
Memória a curto prazo	É dado várias imagens e algum tempo para a residente memorizar as imagens e posteriormente as evocar.	5'	Imagens	Estimular funções cognitivas: memória	Dar pistas das imagens
Memória a curto prazo	É dado várias pares de números, verbalmente, e após a solicitação da estagiária, a residente devia reproduzir (eg. 25/358/6985)	5'		Estimular funções cognitivas: memória	-Pistas
Motricidade Global e Relaxação	<p>Sentada, a utente deve realizar os movimentos com os membros superiores e inferiores pedidos pela técnica, utilizando a bola (e.g. deslocação da bola pelo braço, perna...)</p> <p>Através de uma música relaxante e com o auxílio de uma bola, a utente de olhos fechados deve fazer passar a bola pelo corpo, exercendo alguma pressão</p>	5'	Bola de Ténis	<p>Promover a motricidade global das utentes;</p> <p>Estimular os movimentos amplos</p> <p>Promover o bem-estar do utente.</p> <p>Relaxar o corpo (sobretudo os membros superiores e inferiores)</p>	Demonstração Ajuda Física
Bem-estar	As utentes devem verbalizar uma palavra que demonstre como se sentem (e.g. tranquila)	3'		Consciencialização do seu estado de espírito	<ul style="list-style-type: none"> -Reforço verbal; - Caso não verbalize nenhuma, colocar palavras para que a utente escolha

Anexo G – Consentimento informado



No âmbito do Estágio do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, do Mestrado de Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana, é necessário elaborar um relatório final com todo o trabalho desenvolvido na instituição Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima, no ano letivo 2014/2015, sendo uma das componentes de análise, o estudo de caso.

Este tem como objetivo acompanhar uma utente, durante o período previsto (Outubro a Junho), iniciando-se com a avaliação inicial logo no início da intervenção, de modo a verificar os aspetos a melhorar, para que a intervenção seja mais proveitosa, e no fim realizar uma avaliação de modo a verificar se melhorou alguns aspetos, delineados ao início.

Deste modo, pede-se a autorização para que seja analisado o seu caso no relatório final, sendo necessário a utilização dos dados recolhidos na anamnese, avaliação inicial e final.

Todos os dados são para fins académicos, e garante-se as **condições de anonimato** da utente bem como da sua família.

Agradece-se desde já a disponibilidade e colaboração.

(Responsável pelo trabalho – Estagiária de Psicomotricidade)

(utente)

_____/_____/_____

Anexo H – Relatório GerontoPsicomotor

Relatório GerontoPsicomotor

Este relatório visa apresentar o perfil psicomotor, obtido através da aplicação do Exame GerontoPsicomotor (EGP) e da informação recolhida através de um conjunto de instrumentos complementares de avaliação sociodemográfica, história clínica, funcionalidade e cognição. Contem uma breve descrição dos instrumentos de avaliação utilizados. Assim mesmo que não conheça todos, a informação constante neste documento será facilmente compreendida, na perspetiva de conhecer a utente.

Procedimentos

	Duração	Data	Técnico Responsável	Local de aplicação/condições gerais
Ficha de Identificação	5 Minutos	13-11-2014	Joana Gonçalves	CPNSF – Sala de Reuniões
Índice de Barthel	Já aplicado pela equipa de Enfermagem do CPNSF			
Índice de Lawton	5 Minutos	13-11-2014	Joana Gonçalves	CPNSF – Sala de Reuniões
MMSE	Aplicado pela Psicóloga, Dra. Paula Agostinho			
EGP	40 minutos	13-11-2014	Joana Gonçalves	CPNSF – Sala de Reuniões

A utente durante a avaliação encontrava-se bem-disposta. No início estava um pouco desconfiada com a avaliação, uma vez que não conhecia a técnica. Realizou as atividades com empenho e demonstrou interesse. No fim estava um pouco cansada e com algumas questões acerca da avaliação.

Identificação

NOME: Anabela

DATA DE NASCIMENTO: IDADE: 88

GÉNERO: ☒ F ☐ M

REGIME DE APOIO:

☒ Internamento de longa duração ☐ Centro de Dia ☐ Lar

Outro:

HABILITAÇÕES ACADÉMICAS: 12.º Ano de Escolaridade

PROFISSÃO ANTERIOR:

No sentido de contextualizar as condições socioeconómicas do indivíduo recorreu-se à Escala de Graffar (1956), que classifica os níveis de instrução, profissão, fonte de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto da zona de habitação, com valores de 1 a 5 (sendo o 5 o nível inferior da escala).

PONTUAÇÃO FINAL DA ESCALA DE GRAFFAR: 12 | Classe II

TECNOLOGIA DE APOIO:

☐ Óculos ☐ Aparelho auditivo ☐ Cadeiras de rodas

☐ Bengala ☒ Andarilho

Outra:

Avaliação Inicial

Funcionalidade

- Índice de Barthel e Lawton

O **Índice de Barthel** permite avaliar a autonomia do sujeito na realização de atividades básicas do seu quotidiano, tais como o comer, vestir-se, entre outros. A pontuação final obtida varia entre 0 e 100 - representando o valor 100 uma pessoa totalmente independente - e é atribuído um grau de dependência que varia entre dependência total (menos de 20 pontos); dependência grave (20 a 35 pontos); dependência moderada (36 a 59 pontos); dependência ligeira (entre 60 e 99 pontos) e independente (100 pontos).

O **Índice de Lawton** avalia o nível de independência da pessoa idosa no que se refere à realização de atividades instrumentais, tais como cozinha, cuida da casa, entre outros. A pontuação final obtida varia entre 8 e 30 - representando o valor 8 uma pessoa totalmente independente - e é atribuído um grau de dependência que varia entre independente (8 pontos); moderadamente independente (9 a 20 pontos) ou severamente dependente (mais de 20 pontos).

A utente foi classificada, pelo índice de Barthel, como dependente moderada (55 pontos) nas atividades de vida diária e, pelo índice de Lawton, como severamente dependente (23 pontos) nas atividades de vida instrumentais.

Cognição

- Mini-Mental State Examination

O *Mini-Mental State Examination* (MMSE) é um teste que avalia domínios como a orientação, a retenção de informação, o cálculo e atenção, a nomeação/evocação, a repetição e a compreensão, a leitura, a escrita e o desenho. O MMSE não define um diagnóstico clínico, mas é utilizado para identificar a presença ou ausência de défice cognitivo no indivíduo. A pontuação final obtida varia entre 0 e 30 - representando o valor 30 uma pessoa sem défice cognitivo identificados. Considera-se com défice cognitivo: Analfabetos ≤ 15 ; 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22 ; com escolaridade superior ≤ 27 .

Este teste não foi aplicado, uma vez que já tinha sido aplicado na instituição pela Dra. Paula Agostinho. O resultado obtido 22.

Avaliação GerontoPsicomotora

O EGP é um instrumento de avaliação para despiste e esclarecimento do perfil psicomotor do indivíduo. É composto por 52 itens, divididos em 17 domínios (e.g. equilíbrio, praxias, motricidade fina) tendo em consideração os aspetos quantitativos e qualitativos na avaliação do indivíduo. A pontuação obtida em cada um dos domínios varia entre 0 e 6 - representando o valor 6 o melhor valor, sendo estes valores utilizados para a apresentação do perfil psicomotor. A pontuação final varia entre 0 e 102.

Equilíbrio

Nos itens pertencentes ao equilíbrio podem ser observadas a qualidade postural, reequilibrações, direcionamento do olhar, utilização de tecnologias de apoio, velocidade e comprimento da passada, entre outros aspetos. É constituído por tarefas que avaliam o equilíbrio estático que consistem em permanecer parado em pé, na ponta dos dois pés, num pé e na ponta de um pé. Para medir o equilíbrio dinâmico é avaliada a marcha, a marcha acelerada e a corrida.

Neste domínio a utente teve a cotação de 4 no equilíbrio estático I, 0 no equilíbrio estático II e de 0 no equilíbrio dinâmico I obteve 4 de 6 e no equilíbrio dinâmico II obteve 0. O equilíbrio estático é dividido em duas categorias. Uma vez que a utente utiliza como regime de apoio o andarilho, é cotada com 4 pontos, de 6 totais. No equilíbrio estático II devido às suas capacidades, a utente não quis tentar realizar as atividades. No equilíbrio dinâmico, mais uma vez, devido à marcha da utente ser acompanhada pelo andarilho, é cotado como 4 pontos. Uma vez que a utente não consegue andar mais depressa, a categoria do equilíbrio dinâmico II foi cotada como 0.

Mobilidade Articular

Os itens relativos à mobilização articular englobam movimentações passivas (o avaliador é o agente) e ativas (imitação de movimentos), tanto nos membros superiores como inferiores. Para além de permitir uma apreciação dos movimentos (amplitude articular), possibilita uma avaliação tónico-emocional através da atividade-passividade.

Neste domínio a utente teve a cotação de 4 na mobilidade articular dos membros superiores e de 3 na mobilidade articular dos membros inferiores. O que significa que a utente apresentou muitas dificuldades em relaxar os membros, quer superiores, quer inferiores. Ao nível da mobilização articular passiva, nos membros superiores, apenas apresentou essa mobilidade nos ombros, uma vez que os restantes movimentos, realizava a utente. Nos membros inferiores, devido à hipertonidade, a mobilidade passiva não foi cotada. Os movimentos de mobilidade articular ativa, foram bem realizadas pela utente, quer nos membros superiores, quer nos membros inferiores.

Motricidade Fina

A motricidade fina dos membros superiores avalia-se com as tarefas de abotoar/desabotoar, tamborilar, oponência do polegar com os restantes dedos e pega de um objeto pequeno (moeda de 1€). Já nos membros inferiores, avalia-se essencialmente a colocação dos pés em posições específicas e o pontapear. Salienta-se que os resultados de todos estes itens de motricidade fina, avaliam ambos os lados, direito e esquerdo.

Neste domínio a utente teve a cotação de 1 na motricidade fina dos membros superiores e de 3 na motricidade fina dos membros inferiores. O que significa que apresentou muitas dificuldades na realização das tarefas, sobretudo nas dos membros superiores, uma vez que não conseguiu abotoar nem desabotoar o casaco que trazia vestido, bem como não conseguiu apanhar uma moeda com apenas dois dedos. Notou-se algum problema em perceber a instrução, o que por vezes dificultou a atividade, uma vez que a demonstração nem sempre é permitida. No caso dos membros inferiores, colocou os pés nas pegadas, contudo talvez por impulsividade, colocou apenas metade do pé, não ficando na forma correta. O pontapear da bola foi realizado bem, com ambos os pés. Já a última atividade, a colocação dos pés nas pegadas, não percebeu a atividade, e por isso não foi cotado.

Praxias

As praxias são avaliadas através de um conjunto de atividades, sendo elas a utilização de talheres, a capacidade de mímica, a escrita, a cópia de figuras geométricas e por fim a construção de uma pirâmide, através de um modelo.

Neste domínio a utente teve a cotação de 6 o que significa que conseguiu realizar todas as tarefas com a pontuação máxima, apresentando muito boa linguagem não-verbal. Por vezes era necessário referir a instrução de novo, uma vez que a perdia com frequência.

Conhecimento das partes do corpo

Os itens relativos ao conhecimento do corpo envolvem a avaliação do reconhecimento das respetivas partes no próprio, no outro, e numa figura humana, bem como a imitação de posições com e sem modelo.

Neste domínio a utente teve a cotação de 4,5 o que significa que apresentou algumas dificuldades, principalmente no recuperar as posições sem modelo. Uma vez que esta atividade apresentava alguma memória a curto prazo, a utente foi prejudicada por isso. A utente não conseguiu perceber a diferença entre um corpo de costas e de frente, daí também esta cotação.

Vigilância

A vigilância avalia questões de manutenção de atenção/concentração, a partir do desempenho do indivíduo na execução das instruções ao longo do teste e em atividades concretas.

Neste domínio a utente teve a cotação de 4,5 o que significa que apesar de ter mantido a atenção ao longo de toda a avaliação, por vezes necessitava de informação extra, uma vez que perdia facilmente a instrução. Além disso, apresentou alguns problemas de atenção ao apanhar o cubo ao sinal, mesmo apesar das várias tentativas, a instrução à atividade, tinha-se perdido. Na evocação de formas e cores, realizou muito bem a atividade.

Memória

A área da memória é avaliada em dois domínios. Iniciando pela memória percetiva, esta permite avaliar a evocação de cores e posições que foram anteriormente apresentadas. Quanto à memória verbal, tem em conta a evocação imediata de palavras, a descrição de momentos do dia e por fim a evocação de palavras enunciadas previamente.

Neste domínio a utente teve a cotação de 2 na memória percetiva e de 3 na memória verbal. O que significa que as atividades mais de oralidade foi mais fácil recordar, do que a de imagens e/ou posições do corpo. Na memória percetiva, as atividades das cores foram mais fáceis, já a de evocar posições, não conseguiu acertar nenhuma. Nas atividades da memória verbal, conseguiu evocar as palavras referidas imediatamente, mas posteriormente, nem com repetição nem com uma lista de palavras se conseguiu reconhecer. Contudo, apresentou uma boa orientação do seu dia-a-dia.

Orientação

Este domínio compreende a orientação da pessoa no tempo e no espaço. No domínio do tempo são avaliadas as questões da evocação de datas, horas, dias da semana, meses e ordenação de sequências de uma ação. No domínio espacial é solicitado o conhecimento do local onde está, a divisão de linhas em partes iguais, localização de objetos e a orientação e descrição dos deslocamentos.

Neste domínio a utente teve a cotação de 3.5 no domínio espacial e de 2.5 no domínio temporal. O que significa que ao nível do domínio espacial, a utente tem ainda algumas noções de espaço e deslocação, contudo, como algumas atividades necessitavam de alguma memória a curto prazo, foi mais uma vez prejudicada por isso. Ao nível temporal, a utente não estava orientada para a realidade. Apresentou dificuldades na nomeação dos meses do ano por ordem. Além disso, através de umas imagens, não foi capaz de colocar por ordem o evento.

Perceção

A perceção avalia itens de reprodução rítmica, reconhecimento de objetos pelo tato (estereognosia), identificação de imagens e a leitura.

Neste domínio a utente teve a cotação de 2, o que significa que ao nível da estruturação rítmica (repetir ritmos) não conseguiu estar atenta e repetir. O reconhecer objetos pelo tato, apresentou alguma dificuldade, não dizendo o nome correto ou o material. Conseguiu identificar o nome do que as imagens representavam, mas ao ler o texto apresentou alguns erros e demorou a ler, o que não permite que seja cotado.

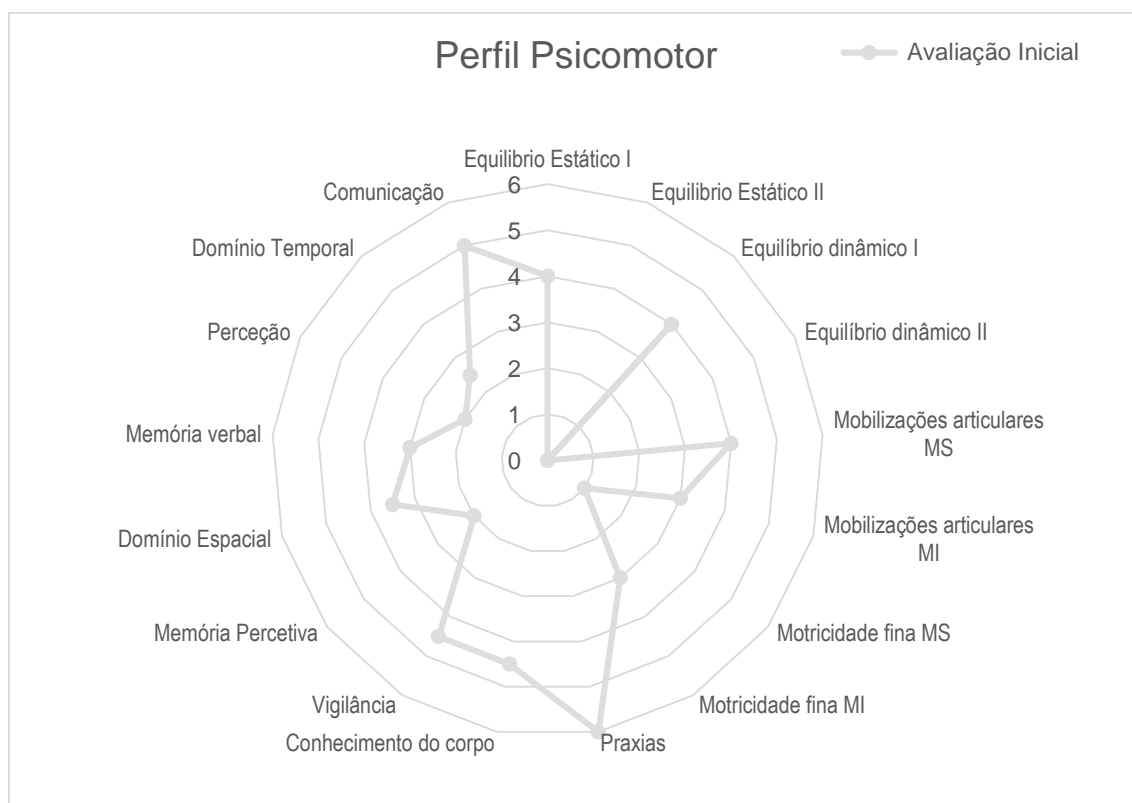
Comunicação

As questões relativas à comunicação, são observadas ao longo do desempenho na aplicação do EGP, nomeadamente a linguagem, a compreensão das instruções, a expressividade do rosto e a expressão gestual.

Neste domínio a utente teve a cotação de 5, o que significa que durante toda a avaliação apresentou uma linguagem coerente e adequada, nem sempre compreendeu as instruções, mas tinha um rosto expressivo e uma expressão gestual adequada.

Perfil Psicomotor

O perfil psicomotor é construído a partir dos valores dos domínios do teste, sustentando estes uma representação gráfica que ajuda o leitor a compreender a abrangência dos dados. Os piores resultados são representados junto ao centro.



A utente obteve 52 pontos no total da aplicação do EGP, tendo sido identificadas as seguintes áreas fortes:

- Praxias
- Comunicação
- Conhecimento das Partes do Corpo
- Vigilância

A utente também revelou fragilidades nas seguintes áreas:

- Motricidade fina dos membros superiores
- Memória perceptiva
- Perceção
- Domínio Temporal

Outras informações: As categorias do equilíbrio que apresentam a cotação 0 não foram realizadas, devido às capacidades da utente.

Avaliação Final

Funcionalidade

- *Índice de Barthel e Lawton*

O **Índice de Barthel** permite avaliar a autonomia do sujeito na realização de atividades básicas do seu quotidiano, tais como o comer, vestir-se, entre outros. A pontuação final obtida varia entre 0 e 100 - representando o valor 100 uma pessoa totalmente independente - e é atribuído um grau de dependência que varia entre dependência total (menos de 20 pontos); dependência grave (20 a 35 pontos); dependência moderada (36 a 59 pontos); dependência ligeira (entre 60 e 99 pontos) e independente (100 pontos).

O **Índice de Lawton** avalia o nível de independência da pessoa idosa no que se refere à realização de atividades instrumentais, tais como cozinha, cuida da casa, entre outros. A pontuação final obtida varia entre 8 e 30 - representando o valor 8 uma pessoa totalmente independente - e é atribuído um grau de dependência que varia entre independente (8 pontos); moderadamente independente (9 a 20 pontos) ou severamente dependente (mais de 20 pontos).

Não há indicação de uma nova avaliação destes parâmetros.

Cognição

- Mini-Mental State Examination

O *Mini-Mental State Examination* (MMSE) é um teste que avalia domínios como a orientação, a retenção de informação, o cálculo e atenção, a nomeação/evocação, a repetição e a compreensão, a leitura, a escrita e o desenho. O MMSE não define um diagnóstico clínico, mas é utilizado para identificar a presença ou ausência de défice cognitivo no indivíduo. A pontuação final obtida varia entre 0 e 30 - representando o valor 30 uma pessoa sem défice cognitivo identificados. Considera-se com défice cognitivo: Analfabetos ≤ 15 ; 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22 ; com escolaridade superior ≤ 27 .

Este teste foi novamente aplicado, pela estagiária Joana. A utente obteve uma pontuação de 23 pontos.

Avaliação GerontoPsicomotora

Equilíbrio

Nos itens pertencentes ao equilíbrio podem ser observadas a qualidade postural, reequilbrações, direcionamento do olhar, utilização de tecnologias de apoio, velocidade e comprimento da passada, entre outros aspetos. É constituído por tarefas que avaliam o equilíbrio estático que consistem em permanecer parado em pé, na ponta dos dois pés, num pé e na ponta de um pé. Para medir o equilíbrio dinâmico é avaliada a marcha, a marcha acelerada e a corrida.

Neste domínio a utente teve a cotação de 4 no equilíbrio estático I, 2 no equilíbrio estático II e de 0 no equilíbrio dinâmico I obteve 4 de 6 e no equilíbrio dinâmico II obteve 0. A pequena alteração que existiu foi no equilíbrio estático II uma vez que a utente conseguiu manter-se na ponta de um dos pés e sobre um pé, com ajuda, algo que na primeira avaliação não conseguia fazer.

Mobilidade Articular

Os itens relativos à mobilização articular englobam movimentações passivas (o avaliador é o agente) e ativas (imitação de movimentos), tanto nos membros superiores como inferiores. Para além de permitir uma apreciação dos movimentos (amplitude articular), possibilita uma avaliação tónico-emocional através da atividade-passividade.

Neste domínio a utente teve a cotação de 5,5 na mobilidade articular dos membros superiores e de 5 na mobilidade articular dos membros inferiores. A utente apresentou uma melhoria, quer nos membros superiores quer nos inferiores. Nos membros superiores, dificuldade na mobilização do cotovelo do lado do direito, queixando-se de dores. Nos membros inferiores, queixas ao nível dos joelhos, o que não me deixaram avaliar essa parte. A utente queixava de dores nos mesmos.

Motricidade Fina

A motricidade fina dos membros superiores avalia-se com as tarefas de abotoar/desabotoar, tamborilar, oponência do polegar com os restantes dedos e pega de um objeto pequeno (moeda de 1€). Já nos membros inferiores, avalia-se essencialmente a colocação dos pés em posições específicas e o pontapear. Salienta-se que os resultados de todos estes itens de motricidade fina, avaliam ambos os lados, direito e esquerdo.

Neste domínio a utente teve a cotação de 4 na motricidade fina dos membros superiores e de 6 na motricidade fina dos membros inferiores. Houve boas alterações nos dois domínios. Ao nível dos membros superiores, uma clara melhoria das diversas atividades. A utente continua com muita dificuldade em abotoar, embora tenha conseguido, fora do tempo. É de salientar que na primeira avaliação, a utente não conseguiu abotoar. Na oponência polegar-dedos, a utente apresentou muitas dificuldades. No caso da motricidade fina dos pés, a utente conseguiu realizar com sucesso todas as atividades.

Praxias

As praxias são avaliadas através de um conjunto de atividades, sendo elas a utilização de talheres, a capacidade de mímica, a escrita, a cópia de figuras geométricas e por fim a construção de uma pirâmide, através de um modelo.

Neste domínio a utente teve a cotação de 6 o que significa que conseguiu realizar todas as tarefas com a pontuação máxima, tal como na primeira avaliação.

Conhecimento das partes do corpo

Os itens relativos ao conhecimento do corpo envolvem a avaliação do reconhecimento das respetivas partes no próprio, no outro, e numa figura humana, bem como a imitação de posições com e sem modelo.

Neste domínio a utente teve a cotação de 5. Houve uma ligeira melhoria, uma vez que a utente foi capaz de recordar as posições feitas anteriormente, embora não tenham sido todas.

Vigilância

A vigilância avalia questões de manutenção de atenção/concentração, a partir do desempenho do indivíduo na execução das instruções ao longo do teste e em atividades concretas.

Neste domínio a utente teve a cotação de 5.5. A utente melhorou da primeira avaliação para agora, conseguindo manter a atenção em grande parte da avaliação e sobretudo, conseguia perceber e executar mais rapidamente a instrução, sem nova explicação. Ao contrário da primeira avaliação, conseguiu apanhar o cubo ao sinal.

Memória

A área da memória é avaliada em dois domínios. Iniciando pela memória percetiva, esta permite avaliar a evocação de cores e posições que foram anteriormente apresentadas. Quanto à memória verbal, tem em conta a evocação imediata de palavras, a descrição de momentos do dia e por fim a evocação de palavras enunciadas previamente.

Neste domínio a utente teve a cotação de 5,5 na memória percetiva e de 4.5 na memória verbal. A utente melhorou em ambas, mais notório na memória percetiva. Ao nível da recordação das posições, ao contrário da primeira avaliação, conseguiu recordar 3 das posições e a outra lembrou-se através de pistas.

Ao nível da memória verbal, talvez porque já estava um pouco cansada da avaliação, apenas conseguiu se recordar 2 palavras de imediato, e depois apenas reconhecendo-as numa lista.

Orientação

Este domínio compreende a orientação da pessoa no tempo e no espaço. No domínio do tempo são avaliadas as questões da evocação de datas, horas, dias da semana, meses e ordenação de sequências de uma ação. No domínio espacial é solicitado o conhecimento do local onde está, a divisão de linhas em partes iguais, localização de objetos e a orientação e descrição dos deslocamentos.

Neste domínio a utente teve a cotação de 4.5 no domínio espacial e de 5 no domínio temporal. Ao longo das sessões, a utente tem vindo a demonstrar uma maior orientação para a realidade. Já se consegue situar no tempo e no espaço e, grande parte das vezes sabe a data correta. Ao nível espacial, apesar de existir uma melhoria, a utente não conseguiu dividir a linha em 3 partes iguais, tendo necessidade de parar um pouco a avaliação, devido ao bloqueio apresentado. A atividade da sequencia de deslocamentos, foi difícil de perceber a instrução, mas assim que conseguiu perceber, fez as 3 mais fáceis.

Perceção

A perceção avalia itens de reprodução rítmica, reconhecimento de objetos pelo tato (estereognosia), identificação de imagens e a leitura.

Neste domínio a utente teve a cotação de 4, melhorando da primeira avaliação. A música não conseguiu cantar nada, já na estruturação rítmica esteve melhor. Esteve melhor também na leitura do texto, não apresentando anomalias e leu no tempo esperado.

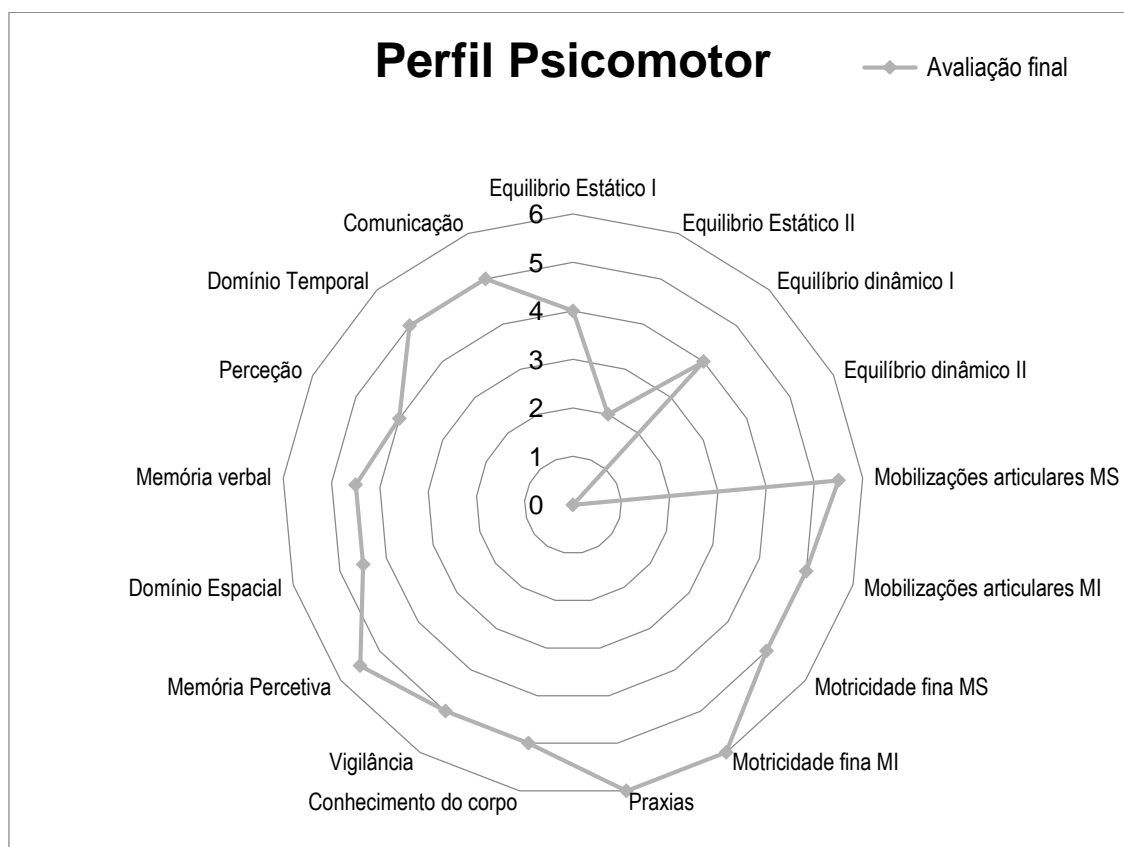
Comunicação

As questões relativas à comunicação, são observadas ao longo do desempenho na aplicação do EGP, nomeadamente a linguagem, a compreensão das instruções, a expressividade do rosto e a expressão gestual.

Neste domínio a utente teve a cotação de 5, o que significa que durante toda a avaliação apresentou uma linguagem coerente e adequada, nem sempre compreendeu as instruções, mas tinha um rosto expressivo e uma expressão gestual adequada.

Perfil Psicomotor

O perfil psicomotor é construído a partir dos valores dos domínios do teste, sustentando estes uma representação gráfica que ajuda o leitor a compreender a abrangência dos dados. Os piores resultados são representados junto ao centro.



A utente obteve 52 pontos no total da aplicação do EGP, tendo sido identificadas as seguintes áreas fortes:

- Praxias
- Motricidade fina dos membros inferiores
- Mobilização articular dos membros superiores
- Memória Percetiva
- Comunicação
- Conhecimento das Partes do Corpo

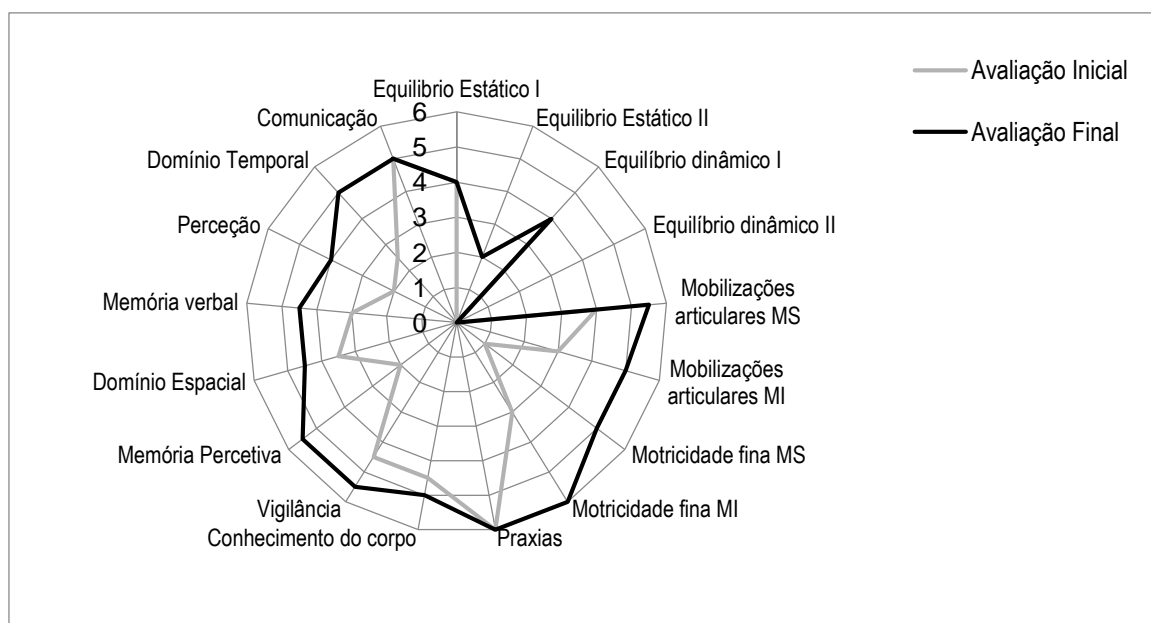
- Vigilância
- Domínio temporal
- Mobilização articular dos membros inferiores
- Motricidade fina dos membros superiores

A utente também revelou resultados mais fracos nas seguintes áreas:

- Motricidade fina dos membros superiores
- Equilíbrio estático I
- Equilíbrio estático II
- Perceção

Outras informações: As categorias do equilíbrio que apresentam a cotação 0 não foram realizadas, devido às capacidades da utente.

Conclusões



Relatório elaborado por: Joana Gonçalves | Psicomotricista

Parede, 02 de julho de 2015

Bibliografia:

- Cockrell, J. e Folstein, M. (2002). Mini-Mental State Examination In Copeland, R., Abou-Saleh, M., e Blazer, D. (2002). *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry* (Ed). Wiley, p. 140-141.
- Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de família: um contexto do cuidador*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto.
- Lawton, P. e Brody, M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186.
- Mahoney, F. e Barthel, D. (1965). Functional evaluation :the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*. 14: 61-65.
- Morais, A., Fiúza, R., Santos, S. e Lebre, A. (2012). *Exame Geronto Psicomotor – Manual de aplicação Provisório* (tradução e adaptação de Michel, Soppelsa e Albaret, 2010)

Anexo I – Anamnese utente Anabela

A utente Anabela, nome fictício, nasceu a 23 de março de 1927, na região da Fuseta, no Algarve. Casou duas vezes. É viúva. Tem o 12.º ano de escolaridade, tendo sempre frequentado escolas privadas. Trabalhou na secretaria da SIC e nas forças armadas.

Posteriormente foi para os Estados Unidos da América onde ficou grande parte da sua vida. Reformou-se pelos 40 anos. Voltou para Portugal com a sua nora e a sua neta, após a morte do seu companheiro e do seu filho, fruto do segundo casamento. Tem muita dificuldade em lidar com esta última perda. Tem um irmão, mas nunca mais soube do seu paradeiro.

Entrou no CPNSF a quatro de novembro de 2013. O seu quarto é um quarto partilhado, no primeiro andar.

É uma utente com sono tranquilo, embora necessite de medicação. Normalmente dorme cerca de 10 horas.

Alimenta-se sozinha mas demora a comer. Normalmente não tem apetite e come pouco. Para as tarefas de higiene tem ajuda das auxiliares.

Quanto ao seu dia tipo, podemos verificar na tabela abaixo.

Acordar	7h
Manhã	Banho Pequeno almoço Café Ginástica e Malha
Almoço	12h30
Tarde	Café Malha Lanche Missa
Jantar	18h30
Deitar	20h

Não apresenta doenças hereditárias. Já fez três intervenções cirúrgicas, ao apêndice, ao estômago e ao fémur. A última resultou de uma queda e atualmente desloca-se de andador por ter muita dificuldade a andar e para evitar quedas.

Em 2010 esteve no centro para reabilitação de um AVC, onde dispôs de fisioterapia. Posteriormente reentra em 2013 e beneficia de fisioterapia e psicologia até 2015. Por questões económicas deixa as terapias.

Quanto à linguagem, apresenta dificuldade em articular algumas palavras, além da afasia. Nem sempre compreende aquilo que pedimos e tem muita dificuldade em se expressar.

Ao nível sensorial, apresenta algumas dificuldades auditivas, mas não tem nenhum diagnóstico. Ao nível visual apresenta muitas dificuldades e tem hipermetropia. Os restantes níveis sensoriais estão bons.

A utente gosta de fazer crochet e tricôt, enquanto vê televisão. Gosta de conversar com amigos, apesar de não o fazer no centro, uma vez que se isola.

Não se considera uma pessoa alegre mas sim uma pessoa fechada. É muito ansiosa e diz que não tem amigos.